N° 39.

UNE ÉPIDÉMIE

DE

FIÈVRES ÉRUPTIVES

OBSERVÉE A L'HOPITAL MARITIME DE ROCHEFORT

PENDANT LE 1er SEMESTRE DE L'ANNÉE 1887

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 28 février 1888

PAR

Jacques-Joseph GANDÉLIN

Né à Landes (Charente-Inférieure)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✲).
Idem. (*Chargé du cours*).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (*Chargé du cours*).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSE (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. GRASSET, *président.*

HAMELIN, professeur.

BROUSSE, agrégé.

REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

J.-J. GANDELIN.

A Monsieur le Docteur DUPONT

Médecin en chef de la Marine
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur BUROT

Médecin de 1re classe de la Marine
Chevalier de la Légion d'honneur

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

J.-J. GANDELIN.

INTRODUCTION.

La ville de Rochefort est éprouvée depuis longtemps, presque chaque année, par une épidémie de fièvres à caractères morbilleux. Ces épidémies ont été relatées par les Médecins de la marine, et ont fourni des sujets de thèse à quelques-uns d'entre eux. Le Dr Pouvreau, dans sa thèse intitulée « *la Rougeole dans les garnisons* », a noté les épidémies annuelles de Rougeole qui ont sévi à Rochefort depuis 1860.

Rattaché au 3me régiment d'Infanterie de marine en qualité d'aide-major, puis faisant partie du service des rougeoleux à l'hôpital maritime de Rochefort, nous avons pu examiner de près l'épidémie de fièvres éruptives qui a sévi en l'année 1887 sur les soldats et marins de la garnison, ainsi que sur les ouvriers de l'arsenal. Il nous parut intéressant de relater cette épidémie, et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. De plus, nous avons été fortement engagé dans cette voie par M. le Dr Dupont, médecin en chef de la marine, et chargé du service des rougeoleux. Nous le prions de recevoir nos remerciements les plus sincères pour les précieux renseignements qu'il nous a fournis et l'attention délicate qu'il nous a toujours témoignée.

L'épidémie de fièvres éruptives de l'année 1887 a passé par différentes phases; au début, elle était franchement morbilleuse, et peu à peu abandonnant cette forme, elle devint scarlatineuse. La transition de la rougeole à la scarlatine s'est faite insensiblement, et alors que les caractères de l'une de ces maladies diminuaient et que les caractères de l'autre

n'étaient pas encore très marqués, nous avons pu observer une sorte de fièvre éruptive, caractérisée par un érythème vésiculeux à forme miliaire confluente. Nous ne devrions pas dire fièvre éruptive, mais plutôt éruption, car nous n'avons jamais pu observer d'élévation de température, bien qu'elle fût recherchée avec le plus grand soin. Cet érythème vésiculeux, sans vouloir en faire une entité morbide, s'est montré à nous avec des caractères bien distincts de la rougeole et de la scarlatine.

Nous étudierons donc : 1° la Rougeole; 2° l'Érythème vésiculeux ; 3° la Scarlatine, en faisant ressortir principalement les formes anormales de ces différentes maladies. Étudiant successivement l'étiologie, la symptomatologie et les complications de ces maladies, nous noterons le nombre des cas et les circonstances dans lesquelles les mêmes phénomènes se sont produits.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Grasset du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

UNE ÉPIDÉMIE

DE

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Observée à l'Hôpital maritime de Rochefort pendant le 1er semestre de l'année 1887

ROUGEOLE.

« La rougeole est une pyrexie exanthématique, contagieuse, caractérisée par une fièvre rémittente continue, par un catarrhe de la conjonctive, du nez, du larynx et des bronches, et par une éruption de taches rouges irrégulières disparaissant par la pression, et laissant toujours entre elles un intervalle de peau saine.» Telle est la définition que donne M. Jaccoud dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique.

La rougeole est décrite avec quatre périodes : l'incubation, l'invasion, l'éruption et la desquamation. Mais la rougeole s'écarte souvent du type décrit dans les ouvrages de pathologie, et ce sont ces formes anormales de la rougeole, observées dans l'épidémie de Rochefort en 1887, que nous allons exposer. Mais avant d'étudier ces quatre périodes de la

maladie, il faut étudier son étiologie et voir à quelles causes elle doit être attribuée.

Étiologie. — La rougeole est évidemment très contagieuse, mais cette contagion se trouve difficile à expliquer dans maintes circonstances, où les premiers cas de rougeole paraissent sporadiques. Les malades sont frappés par la maladie sans avoir été en contact avec d'autres malades, sans que le germe paraisse avoir été apporté de loin par un vecteur quelconque, homme ou objets divers. Pourtant les faits rapportés par Panum, sur les épidémies de rougeole dans les îles Feroë, ne laissent pas de doute à l'égard de la contagiosité. La maladie, une fois importée dans l'île par un étranger, s'y transmit de proche en proche jusqu'à ce que la plupart des habitants en fussent atteints. Elle n'épargna que les vieillards qui avaient eu une première atteinte dans leur jeunesse.

A Rochefort, le début de l'épidémie fut insidieux. Une entrée pour rougeole à l'hôpital de la marine eut lieu le 16 novembre 1886. Ce cas fut observé chez un ouvrier ajusteur des forges de la Chaussade, le nommé L..., âgé de 26 ans, qui depuis le 1er octobre habitait Rochefort, où il avait été envoyé pour suivre le cours normal à la Division des équipages de la flotte. Cet homme logeait en ville et ne se rendait à la caserne qu'aux heures des leçons. Après vingt-quatre jours de traitement, il sortait de l'hôpital pour retourner suivre le cours.

De l'enquête que nous avons faite, il résulte qu'il n'y avait point de rougeole dans la maison, ni dans le voisinage, et que L... ne fut en rapport avec aucune personne atteinte de cette maladie. Ce cas est resté isolé.

Pour admettre la contagion, il faut admettre que cet homme s'est trouvé en contact avec un germe auquel des

conditions de température, de milieu et de réceptivité de la part de l'individu, ont permis d'éclore et d'engendrer la maladie.

Il faut attendre ensuite jusqu'au 18 janvier 1887, pour voir un nouveau cas de rougeole se manifester dans le 6me régiment d'infanterie de ligne; puis, le 29 janvier, trois hommes du même régiment entraient à l'hôpital pour la même affection. Dès lors, la maladie est établie, le poison rubéolique est dans toute sa force. La maladie se transmet d'abord aux différentes chambres de la caserne du 6me régiment de ligne; de là, elle gagne les casernes d'artillerie de marine, d'infanterie de marine, la Division des équipages de la flotte et les ouvriers de l'arsenal. Elle se répand ensuite par toute la ville pour faire de grands ravages, surtout parmi les enfants.

Voilà donc une épidémie à la naissance de laquelle nous avons assisté, et qui s'est développée peu à peu.

Le germe morbilleux, sensible aux variations de température et séjournant pendant très longtemps sans occasionner la maladie, arrive un jour à éclore lorsqu'il se trouve dans des conditions de milieu et de température convenables, et en outre lorsqu'il trouve chez un individu une réceptivité qui lui est propice.

Incubation.— La maladie, une fois en possession de l'individu, reste un certain temps sans se manifester au grand jour, néanmoins le germe travaille en silence et, quand il est assez développé, la maladie se déclare par de la fièvre et le catarrhe des muqueuses oculaires et aériennes. C'est là le commencement de l'invasion. Quelle est la durée de cette période d'incubation? Les auteurs disent de 7 à 11 jours.

Pour étudier la durée de cette période d'incubation, les premiers cas de la maladie sont plus spécialement propres

à nous renseigner. Nous voyons que dans le 6me régiment d'infanterie de ligne, la première entrée eut lieu le 18 janvier, puis trois entrées le 29 janvier, une autre entrée le 30 janvier, trois entrées le 31 janvier, etc. Dès lors il est assez difficile de calculer la durée de l'incubation. Mais nous voyons d'après ces faits que chez les trois hommes qui sont entrés le 29 janvier, la durée de l'incubation a été de 11 jours, pour les autres elle aurait été de 12 et 13 jours, en admettant que la contagion soit venue du premier malade du 18 janvier.

A la caserne d'infanterie de marine dite caserne Joinville, à part le cas isolé du 25 février, le premier cas eut lieu le 12 mars. Huit jours s'écoulèrent, et, le 20 mars, arrivait un autre malade; dès lors il y eut chaque jour un ou deux malades venant de cette caserne. La durée minima de l'incubation avait été dans ce cas de 8 jours.

A la caserne d'infanterie de marine dite caserne Martrou, le premier cas eut lieu le 2 avril ; 8 jours après, le 10 avril, deux malades entraient encore à l'hôpital. La durée de l'incubation était encore de 8 jours.

A la Division des équipages de la Flotte, le premier cas eut lieu le 13 avril, et 9 jours après se manifestaient de nouveaux cas. La durée de l'incubation avait donc été de 9 jours. Ainsi la durée de l'incubation était le plus souvent de 8 à 9 jours.

Mais, à côté de cela, nous avons le cas du matelot infirmier O....., pour lequel nous relevons une incubation qui n'aurait pas été de moins de 14 jours. Cet homme avait été de garde aux rougeoleux le 22 mai, il y entra comme malade le 5 juin, n'ayant pas reparu dans le service et se plaignant de toux depuis cette garde.

Invasion.— Mais si cette incubation de la maladie varie peu dans tous les cas, il n'en est pas ainsi quand il s'agit de

la période d'invasion. C'est là que nous trouvons les plus grandes différences, et que les malades s'écartent souvent du type bien défini de la rougeole.

En ce qui concerne cette période, nous avons pu obtenir des renseignements assez précis et évaluer la durée du temps s'écoulant entre les premiers prodromes et l'apparition de l'exanthème.

Pour 173 cas, les réponses précises des malades ont permis d'établir les chiffres suivants :

Cinq fois il ne paraît y avoir eu aucun symptôme précurseur, aucun trouble morbide entre la santé parfaite et le moment précis de l'éruption. C'est ainsi qu'un soldat d'infanterie de marine se sent indisposé étant au gymnase, on le conduit à la caserne où l'éruption est constatée. Un deuxième se trouvant également indisposé au gymnase est transporté à la caserne, et l'éruption apparaît moins d'une heure après le soir elle était générale.

Deux autres militaires ont pu faire leur service de garde, préciser l'heure à laquelle ils ont éprouvé des malaises et des frissons, et chez ces deux hommes il s'est écoulé moins de 6 heures (3 heures chez l'un, 5 heures chez l'autre) entre l'invasion et l'éruption. L'un de ces malades fut envoyé à l'hôpital avec l'annotation suivante : «a fait son service jusqu'au moment de l'envoi à l'hôpital.» La température axillaire lors de son admission était de 40°5.

Chez un matelot, l'attention de ses camarades fut attirée par la coloration de la peau au moment où, le torse nu, cet homme allait se laver à la piscine. Ce malade nous affirma n'avoir pas ressenti le moindre malaise et «il ne se serait point présenté à la visite, si le second maître de service ne l'y avait contraint, en lui disant qu'il avait la rougeole.» Au moment de l'admission, moins d'une heure après, le thermomètre marquait 39°2 dans le creux axillaire, et notre

homme déclarait ne pas se sentir malade. L'évolution de la maladie fut normale.

Enfin, lorsque nous remplissions les fonctions d'aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine, passant un jour la visite sanitaire mensuelle, nous remarquions deux hommes en pleine éruption de rougeole. Ils furent immédiatement dirigés sur l'hôpital. Ces hommes ne se doutaient pas qu'ils étaient malades, et n'avaient ressenti aucun des symptômes précurseurs de l'éruption.

Si nous résumons les cas dans lesquels un temps marqué s'est écoulé entre les premiers symptômes et celui où l'éruption a commencé à se montrer, nous trouvons, abstraction faite des cas mentionnés ci-dessus :

Invasion ayant duré moins de 24 heures		17	
—	de 1 à 2 jours	30	
—	de 2 à 3 jours	38	
—	de 3 à 4 jours	26	
—	de 4 à 5 jours	25	
—	de 5 à 6 jours	13	
—	de 6 à 7 jours	7	
—	de 7 à 8 jours	6	19
—	de 8 à 9 jours	6	

La durée moyenne de la période d'invasion a été de 3 jours et demi. Parmi les 19 malades appartenant aux trois dernières séries, quelques-uns avaient été envoyés à l'hôpital avec le diagnostic «angine, fièvre ou bronchite» et furent ultérieurement dirigés sur le service spécial. D'autres étaient à l'infirmerie du corps depuis plusieurs jours.

A cette liste, nous pourrions joindre deux cas non comptés qui peuvent faire croire à une prolongation anormale de la période d'invasion. Deux soldats malades à l'infirmerie du régiment, l'un pour bronchite simple, y fut traité pendant 10 jours avant l'apparition de l'éruption; l'autre offrant

quelques-uns des symptômes généraux de la rougeole, et chez lequel l'éruption ne s'est montrée que le onzième jour de l'exemption de service.

Ainsi donc, dans cette épidémie, la durée moyenne de la période d'invasion a été de trois et demi à quatre jours, tout en offrant quelquefois de grandes variations.

Dans cette période d'invasion, les symptômes généraux ont varié pendant la durée de l'épidémie. Au début ils étaient très intenses, mais à la fin de l'épidémie, vers le mois de mai, ils se sont atténués, les conditions atmosphériques étant devenues beaucoup plus favorables pour la marche de la maladie, et les complications pulmonaires beaucoup plus rares.

Température.— Les malades nous arrivant ordinairement à une époque avancée de la période d'invasion, fréquemment même en pleine éruption, il ne nous a pas toujours été facile d'étudier la marche des oscillations thermiques pendant cette période de la maladie. Nous avons, par contre, noté avec soin la marche de la température de la fièvre de l'éruption dans 148 cas de rougeole normale plus ou moins intenses, dépourvus de toute anomalie ou complication sérieuses. Nous avons constaté ainsi que le fastigium correspond assez exactement au moment où l'exanthème arrive à l'apogée de son développement. Dans un cas seulement, nous avons noté la persistance d'une température de 40° pendant 18 heures, après l'explosion assez brusque de l'éruption, et bien que rien ne justifiât cette persistance dans la thermalité.

Les températures maxima notées dans 148 cas peuvent être divisées comme il suit, par fraction de 5 dixièmes de degré centigrade.

Température maxima	37°6 à 38°.	11	cas
—	38°1 à 38°5	19	
—	38°6 à 39°.	11	
—	39°1 à 39°5.	24	
—	39°6 à 40°	31	104
—	40°1 à 40°5.	30	
—	40°6 à 41.	19	
—	41°1 à 41°5.	3	

De ce tableau, il ressort que le fastigium oscille entre 39°1 et 41°, puisque nous relevons cette température dans les deux tiers des cas. En outre, dans un tiers des cas, la température ne s'est pas élevée au-dessus de 39 degrés, et malheureusement, d'autre part, nous avons observé trois cas où elle a dépassé 41 degrés.

Circulation.— Le pouls a suivi assez régulièrement les oscillations de la température, cependant nous avons à noter de nombreuses irrégularités. Tantôt le pouls est resté au-dessous de 100 pendant toute la maladie avec une thermalité assez élevée; d'autres fois, nous avons compté un chiffre de pulsations nullement en rapport avec les symptômes généraux ou l'intensité de l'éruption.

Dans les cas normaux, le pouls a oscillé entre 100 et 120 pulsations pendant les périodes d'invasion et d'éruption, tombant avec la température, parfois plus rapidement qu'elle, mais aussi avec plus d'oscillations. Nous avons observé cependant quelques exceptions, dans lesquelles tantôt le nombre des battements artériels était excessif, tantôt le mouvement fébrile et l'intensité de l'exanthème semblait n'avoir eu aucune influence sur la circulation.

Ainsi nous relevons :

Invasion	12 heures	Pouls 72	Température	38°5
— moins de	24 —	— 112	—	39°
Invasion de	24 —	— 90	—	39°1
—	24 —	— 100	—	39°5
	(P. 100. T. 37° le lendemain de l'éruption)			
—	3 jours	P. 92	T.	39°
—	4 —	P. 148, 180, 140. T. 40°3, 39°4, 39°2		
—	5 —	P. 92	T.	39°5

D'une manière générale, nous pouvons dire cependant que les courbes de la température et du pouls ont suivi des marches parallèles, ce dernier oscillant entre 100 et 110 dès que la température atteignait 39°, s'élevant ensuite plus rapidement qu'elle.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux qui accompagnent la rougeole pendant la période d'invasion devaient attirer notre attention, et c'est ainsi que pour le nombre total des deux cents malades, nous avons noté leur fréquence relative.

Céphalalgie. — La céphalgie était un des caractères, on aurait pu la noter plus ou moins dans tous les cas, mais nous ne l'avons relatée ici que lorsqu'elle était spécialement accusée par les malades. Nous l'avons observée 66 fois; dans deux cas, elle a été marquée très violente.

Catarrhe oculo-nasal. — Le catarrhe oculo-nasal apparaissait presque toujours avec la céphalalgie, et il attirait notre attention par son cachet particulier et comme symptôme à peu près constant. Il a manqué presque absolument chez un certain nombre de malades, surtout chez ceux de la dernière période (mai et juin). Nous l'avons noté 109 fois, et sur ce

nombre 67 comme très abondant; enfin, dans 9 cas, nous avons mis l'annotation suivante «coryza intense.»

L'injection des conjonctives a été relevée 82 fois seulement, et le larmoiement noté «comme abondant» 33 fois. Dans quelques cas particuliers, nous avons noté: injection très fine, surtout de la sclérotique, 1 fois; injection limitée aux vaisseaux péricornéens, comme dans la kératite interstitielle, 1 fois.

La photophobie, phénomène rare vraïment anormal, a été notée aussi une fois. Elle s'est prolongée pendant plusieurs jours; enfin, nous avons observé une teinte subictérique des conjonctives sans injection appréciable des vaisseaux. L'homme qui présenta ce symptôme eut également des vomissements bilieux au début de la période d'invasion, il n'y eut pas de suffusion ictérique cutanée.

Epistaxis. — Mentionnées comme rares dans la rougeole, nous avons relevé les épistaxis dans plus de la moitié des cas et 22 fois comme abondantes ou répétées, estimant à 100 gr. au moins la quantité de sang perdu. Nous les avons constatées encore plusieurs fois jusqu'à la fin de la période d'éruption et même plus tard. Elles ont fatigué quelques malades, et peut-être retardé le moment de la convalescence. Michel Levy prétend que les épistaxis sont fréquentes comme prodromes; sur 120 cas de rougeole observés en l'année 1846, à Metz, l'épistaxis s'est montrée 11 fois dans le cours de la rougeole et chez presque tous à plusieurs reprises. A Rochefort, ce sont surtout les soldats d'infanterie de ligne qui ont présenté les cas les plus sérieux.

Parmi les syndromes rares, nous retrouverons la prostration, un sentiment de fatigue extrême chez quelques malades; une fois des douleurs lombaires assez vives ont été accusées.

Si maintenant nous passons en revue les troubles des différents appareils pendant les périodes d'invasion et d'éruption, nous constatons les symptômes généraux classiques avec une fréquence plus ou moins grande. C'est ainsi que pour l'appareil digestif nous trouvons ce qui suit :

Troubles gastriques.— Nous avons noté un embarras gastrique très marqué, avec langue sale, 37 fois, compliqué de nausées 3 fois, accompagné de vomissements muqueux ou bilieux spontanés abondants 7 fois : ensemble 47 fois, soit le $^1/_4$ des cas environ. Cet accident nous a paru deux fois avoir une influence manifeste sur le processus morbide. L'anorexie aussi fréquente que l'embarras gastrique a été franchement déclarée dans 52 cas. Les autres symptômes plus rares des premières voies se résument ainsi :

Langue sèche rôtie dès le début de la maladie	11 fois
Fétidité de l'haleine	1 —
Soif notée comme très vive	10 —
Stomatite légère pendant l'invasion	2 —
Exulcérations superficielles du voile du palais	1 —

Le plus souvent les malades étaient atteints de diarrhée, mais quelquefois cependant ils se sont plaints d'une constipation opiniâtre qu'il a fallu vaincre par les moyens appropriés.

Système nerveux. — La maladie a peu agi sur le système nerveux. La forme anormale de la rougeole, dite ataxo-adynamique, ne s'est présentée que trois fois. Les malades eurent deux fois du délire pendant la période d'invasion ; une insomnie persistante en frappa un autre. Gaspard Roux, dans son mémoire sur la rougeole, publié en 1807, cite le cas d'une jeune fille qui fut atteinte du délire furieux la veille de l'éruption : « regard vif et animé, visage tuméfié et d'un rouge foncé. »

Dans notre travail, nous citons plus loin deux observations de rougeole avec forme ataxo-adynamique, caractérisées par du délire. (Observation IV.)

Appareil respiratoire. — Les voies respiratoires furent souvent atteintes, et c'est là en général ce qui constitue le plus grand danger de la rougeole. Nos quelques malades qui succombèrent furent atteints d'une complication du côté du poumon.

L'inflammation des voies respiratoires fut plus ou moins vive suivant les malades. Nous ne parlerons pas de tous les malades atteints de trachéo-bronchite ou de bronchite légère avec expectoration muqueuse, muco-purulente, morbilleuse, spécifique, mais 25 de nos malades, c'est-à-dire un huitième environ, furent atteints de bronchite intense avec expectoration muco-purulente et purulente.

16 malades furent atteints de broncho-pneumonie, un de catarrhe suffocant, un autre de bronchite capillaire; ces 18 derniers cas ont donné 11 décès.

Angines.— Au début, la rougeole avait ses caractères bien tranchés; puis, pendant le cours de l'épidémie, on vit survenir des angines, bien que les malades présentassent encore tous les symptômes extérieurs de la rougeole. Dans plusieurs cas, il y eut une légère inflammation des amygdales et de l'arrière-gorge; mais dans 20 cas, nous avons noté de la gêne considérable et de la douleur pendant la déglutition.

Larynx. — Le larynx fut même atteint assez fréquemment; nous avons relaté 16 fois une voix altérée assez profondément, et 8 fois une aphonie presque complète.

Eruption. — La troisième période de la rougeole, c'est-à-

dire l'éruption, a présenté peu d'anomalies dans son évolution, dans l'aspect de ses taches. Cependant quelques irrégularités dans le tiers des cas, 67 fois environ, méritent une mention spéciale.

La confluence de l'éruption a été assez rare, puisque nous la trouvons 19 fois seulement et bornée à la face, deux fois sur le tronc et les membres. Dans 4 de ces 19 cas précités, la coloration du visage a été foncée, violacée, le derme paraissait boursouflé, l'éruption a évolué cependant d'une façon tout à fait normale. D'autre part, il nous a fallu parfois rechercher l'exanthème sur le tronc et c'est par cette région que très souvent il a débuté.

Dans 23 cas, le visage et le tronc ont été envahis presque seuls, les membres ne présentant que quelques macules discrètes; nous relevons encore deux cas où la face seule a été le siège de l'éruption, à l'exclusion absolue de toute autre partie.

Enfin, dans 65 cas, c'est-à-dire dans un tiers des cas, l'éruption a respecté la face, sur laquelle nous n'avons pu constater la moindre trace de la poussée morbilleuse, parfois bien développée sur les autres régions.

Dans un cas extraordinaire, les macules ne se sont montrées que sur les bras seulement.

Vingt-huit fois nous avons noté une éruption fugace, éphémère pour ainsi dire, assez abondante cependant, mais de coloration peu intense, d'une durée de 48 heures au maximum et dont les traces s'effaçaient rapidement.

Quelques troubles des fonctions de la peau provoqués par l'éruption méritent d'être signalés. C'est ainsi que nous voyons au début de l'éruption, 5 fois un œdème des paupières nullement en rapport avec l'intensité de l'exanthème. Cet épiphénomène a été observé notamment sur M. D..., étudiant en pharmacie qui présenta une éruption très discrète

presque éphémère et des symptômes généraux peu accusés. T. maxima 37°8.

Deux fois la bouffissure s'étendit à tout le visage.

Du côté de la peau, nous avons encore à noter au moment de l'éruption une certaine démangeaison vive et désagréable, phénomène sur lequel le malade attira notre attention. Il faut noter, aussi un érythème du scrotum douloureux au toucher.

Quant à l'aspect des macules rubéoliques, il fut classique, normal dans la presque totalité des cas ; nous ne relevons ici que les anomalies suivantes : Eruption papuleuse en forme de bouton (rougeole boutonneuse) bien accusée 3 fois, avec confluence au visage dans l'un des cas.

Quatre fois nous notons une éruption en corymbes avec semis de taches assez irrégulières sous forme de croissants. Dans un cas, il y avait une véritable élégance dans la distribution des macules.

Deux fois, par contre, nous avons rencontré ces plaques irrégulières ayant souvent des dimensions de quelques centimètres, et rappelant cette rubéole dont quelques auteurs ont voulu faire une entité morbide. Il nous a paru rationnel de considérer ces cas comme des rougeoles ayant probablement affecté, au début de l'éruption, la forme en corymbe, mais dans lesquels l'intensité et la rapidité de la poussée morbilleuse n'ont pas permis de retrouver cette forme, mais son exagération pour ainsi dire.

Ajoutons toutefois que ces deux cas ont été observés à l'époque où nous avions déjà des scarlatineux dans notre service. La coloration vive des plaques, leur persistance un peu plus prolongée que celle des macules rubéoliques ordinaires pourraient faire rattacher ces deux cas à la scarlatine, mais l'absence des autres symptômes de cette affection,

l'absence de la desquamation caractéristique de la scarlatine nous ont fait classer ces deux anomalies parmi les cas de rougeole.

Ces cas de rougeole hybride sont plus fréquents qu'on ne le suppose. En 1870, ils ont été mentionnés par Réné Blache dans la Gazette des hôpitaux. Cet auteur cite deux observations de rougeole compliquée de scarlatine. Il leur donne le nom de rubéo-scarlatine. Certains auteurs allemands ont voulu en faire une entité morbide en lui donnant le nom de rubéole.

Nous avons encore à noter 5 cas de rougeole dite frustre, dans lesquels les symptômes généraux ont été notés soit dans le service à l'hôpital, soit à l'infirmerie du régiment avant l'envoi des malades. Chez ces cinq malades, on n'a pas pu observer d'éruption ou bien elle n'a pas eu lieu, ou bien elle a été de très courte durée.

Nous avons à signaler deux autres phénomènes rares de l'éruption. C'est dans un cas une suffusion sanguine sous-conjonctivale, survenue sans cause appréciable pendant l'éruption. Les deux yeux furent envahis par segments pour ainsi dire, et l'un après l'autre, de telle sorte que ce ne fut qu'au bout de 40 heures environ que cette suffusion, cette véritable ecchymose, a été complète pour l'œil droit, les hémorrhagies sous-conjonctivales s'étant faites successivement et séparément. Toute la sclérotique droite et les deux tiers de la gauche ont été ainsi envahis. Il n'y a pas eu d'extravasation sanguine apparente dans un autre organe.

Dans le deuxième cas, l'éruption a été précédée, pendant 30 heures, de douleurs rhumatoïdes vives, siégeant aux pieds, aux genoux, aux coudes, aux épaules, sans gonflement ni rougeur des articulations envahies. Vers le milieu de l'éruption ces douleurs ont cédé, puis quelques heures après ont envahi les deux mains, pour lesquelles nous avons noté: de la raïdeur articulaire, de la douleur dans les mouvements spontanés ou provoqués, un peu d'œdème à la face dorsale

du carpe. Pas d'antécédents, pas d'hérédité, pas d'autres troubles des systèmes moteurs ou nerveux. Rien à noter d'anormal dans les urines pendant cette crise qui a disparu au moment de la défervescence.

La disparition rapide de l'exanthème a été l'une des caractéristiques de notre épidémie. Dans un certain nombre de cas déjà mentionnés, nous avons vu l'éruption pâlir dès la fin du deuxième jour et s'effacer très promptement. C'est surtout à la fin de l'épidémie, pendant les mois de mai et juin, que nous avons noté cette rapidité. Au bout d'un septénaire, il était parfois difficile de retrouver les traces de macules.

Pendant la période d'augment et d'état de l'épidémie, la coloration a été moins prompte à s'effacer, mais la disparition absolue, complète des taches, n'a pas été beaucoup retardée.

Les autres symptômes généraux que nous avions mentionnés à la période d'invasion, tels que la température, le pouls, le catarrhe oculo-nasal ont suivi leur marche habituelle.

Desquamation. — Dans les 189 cas de rougeole terminés par la guérison, l'exfoliation de l'épiderme, la desquamation furfuracée a été recherchée avec soin afin de reconnaître sa fréquence. Dix-huit fois seulement elle a été franchement accusée, facilement visible, plus ou moins étendue. Dans plus de deux tiers des cas, il a été impossible d'en trouver les moindres traces. Deux fois la langue a participé à la desquamation cutanée, et, se dépouillant de son épithélium, a présenté une coloration d'un rouge vif pendant plusieurs jours. Nous avons à noter aussi des transpirations abondantes observées 12 fois, soit pendant, soit après l'éruption,

et se continuant même jusque dans la quatrième période de la maladie.

Dans son mémoire sur la Rougeole des adultes, publié dans la *Gazette médicale de Paris*, Michel Levy dit : « N'oublions pas de mentionner la rareté de la desquamation; la plus grande partie de nos malades, même ceux dont l'exanthème avait marché régulièrement, n'ont point offert cette phase que l'on considérerait à tort comme une conséquence nécessaire de l'éruption. »

Troubles et complications de la convalescence. — La terminaison de la rougeole par la guérison n'a point été sans s'accompagner, dans un certain nombre de cas, de phénomènes, dont quelques-uns méritent seulement le nom de troubles de la convalescence, tandis que quelques autres, heureusement plus rares, ont été des complications graves de la maladie.

Parmi les troubles de la convalescence, nous citons :

A. Des modifications de la circulation; ainsi, le pouls a été noté comme régulier dans un cas, dicrote dans un autre. Deux fois il est tombé à 48 et 50 pulsations.

B. Des éruptions cutanées sans gravité, sudamina abondants et urticaires 2 fois, herpès *labialis* confluent 2 fois. Comme épiphénomène de la rougeole, Michel Levy, en 1847, observait chez deux malades une éruption presque générale des sudamina. L'herpès *labialis* observé dans deux cas, lors de notre épidémie, est relaté par Michel Levy, ainsi que des plaques d'urticaires.

C. Nous avons vu aussi quelques troubles du système nerveux. Dix fois se sont montrées des névralgies, tantôt occipitales, s'irradiant vers le sommet du crâne, tantôt sous-orbitaires. Amendées par les topiques locaux, ces diverses névralgies ont parfois reparu et ont été assez tenaces pour nécessiter une intervention plus active.

D. Nous avons noté aussi des douleurs rhumatismales se manifestant tantôt dans les muscles, tantôt au niveau des articulations. Ces phénomènes ont été notés 6 fois, et, dans 4 cas, ils ont présenté une réelle acuité. Le salicylate de soude, administré dans un cas, a paru sinon aggraver les accidents, du moins n'apporter aucune modification dans l'état du malade.

Le rhumatisme articulaire aigu dans la rougeole s'est montré à nous avec des caractères légèrement différents de ceux du rhumatisme ordinaire. Il y avait de la douleur dans les articulations, un léger gonflement, mais pas de changement de couleur à la peau. La rougeur du rhumatisme articulaire aigu faisait défaut. Le rhumatisme était très mobile, et passait avec une très grande facilité d'une articulation à l'autre. Nous en donnons plus loin une observation.

E. Des accès de fièvre intermittente justiciables des sels de quinine se sont montrés 4 fois pendant la convalescence. Dans trois de ces cas, les malades n'avaient plus eu d'accès depuis plusieurs mois ; la rougeole semble donc avoir éveillé le principe paludéen.

F. Enfin, des malades au nombre de 5, guéris depuis un temps plus ou moins long de la diarrhée de Cochinchine, ont vu reparaître les selles liquides. Ces rechutes ont été peu graves, mais elle ont nécessité le régime spécial et prolongé ainsi la convalescence.

Parmi les complications réelles, nous relevons :

A. Neuf cas d'otites par propagation de l'exanthème à la trompe d'Eustache, les lésions ont été en général peu graves et nous les divisons ainsi :

Otites simples sans suppuration.....	6 cas
Otites suppurées.....	3 —
Otite compliquée de perforation du tympan et d'inflammation des cellules mastoïdiennes.....	1 —

Ce dernier cas a entraîné la réforme du marin qui a présenté cette lésion.

B. Un phlegmon profond, phlegmon d'élimination de la région cervicale latérale droite.

C. Une éruption scarlatiniforme secondaire.

D. Nous avons noté aussi une angine diphtérique compliquée de paralysie des membres inférieurs et de paralysie du voile du palais. Ce cas de diphtérie a été heureusement isolé. Nous en donnons plus loin l'observation détaillée.

E. Une ostéite épiphysaire du fémur gauche consécutive à la rougeole a été aussi observée. L'homme guéri de sa fièvre éruptive a été envoyé pour cette lésion sur le service des blessés. Nous rapportons aussi cette observation.

F. Broncho-pneumonie, décès. Les cas mortels, nous l'avons dit au commencement de ce travail, ont été au nombre de onze. Tous ont été dus à des complications pulmonaires. La broncho-pneumonie, telle qu'on l'observe communément dans la rougeole, a été 9 fois la cause déterminante de la mort. Une fois, la mort doit être attribuée au catarrhe suffocant, une autre fois à la bronchite capillaire. Les autopsies n'ont présenté aucun caractère anatomo-pathologique méritant une mention spéciale.

G. Certains auteurs ont mentionné des cas de blennorrhagie et d'écoulement uréthral datant de fort longtemps et guéris dans le cours de la rougeole, sans qu'on ait rien fait pour les guérir. Nous pouvons citer un cas analogue. Le nommé Q... Louis, en traitement à l'infirmerie régimentaire pour uréthrite, est atteint de rougeole; il rentre à l'hôpital pour cette affection qui évolue normalement, et pendant la durée de sa maladie l'écoulement uréthral a disparu sans avoir été traité.

Nous rapportons cette observation.

Récidives.— La possibilité des récidives de la rougeole, niée pendant longtemps, est aujourd'hui hors de doute. Un certain nombre de praticiens ont observé des récidives à quelques mois de distance pendant la même épidémie. Il nous a été donné de constater également deux cas de récidives, l'un à deux mois, l'autre à un mois d'intervalle. Nous allons résumer ces deux observations.

1re Observation. — P... J., soldat au 6me de ligne, entré à l'hôpital le 31 janvier 1887. On constate à son entrée de la fièvre, céphalalgie, toux férine fréquente, voix rauque, anorexie, rougeur des conjonctives, bouffissure du visage, une éruption morbilleuse très confluente à la face et à la partie antérieure de la poitrine, quelques taches discrètes sur les bras. Température axillaire 40°3. Expectoration de crachats purulents nummulaires; à l'auscultation, respiration soufflante en arrière. Les autres symptômes notés, sont : sensation de picotement à la gorge, embarras gastrique, soif ardente, pas de diarrhée.

Le 1er février, l'éruption est complète ; elle recouvre la face, le tronc et les membres supérieurs. La température est de 39°3 le matin, et 40°8 le soir.

Dès le lendemain, la défervescence est marquée, l'éruption commence à pâlir dans la journée ; on note comme température matin 37°7, soir 38°4.

Le 3 février, l'éruption a sensiblement pâli, et la température vespérale atteint 37°5.

Le 4 février, T. m. 36°9. T. s. 37°2.

Le malade entre en convalescence et est envoyé en congé de un mois le 1er mars.

P... rentre de nouveau à l'hôpital le 2 juin avec le diagnostic «rougeole». Il avait passé son congé à Montlieu (Cha-

rente-Inférieure), où il n'existait aucun cas de rougeole, et était revenu au corps le 1er avril où il a fait son service jusqu'au 2 juin au matin.

Le 3 juin, injection des conjonctives, léger larmoiement, un peu de coryza. Dans la nuit du 3 au 4 juin, éruption rubéolique caractéristique assez confluente, étendue sur le tronc, les membres et la face. Il y a un peu de gêne de la déglutition, légère angine avec rougeur nettement limitée au voile du palais et aux piliers; amygdales un peu tuméfiées. L'éruption reste stationnaire pendant la journée du 4 et la matinée du 5, et commence à pâlir dans l'après-midi de ce jour. La température qui s'était élevée jusqu'à 38°6 est tombée, le lendemain matin 6 juin, à 37°9; le pouls qui n'avait pas dépassé 80 pulsations tombe à 60, se relève à 66 pour retomber à 54, chiffre auquel il se maintient pendant deux jours.

Le 7 juin, l'éruption est presque effacée sur la poitrine, mais persiste encore bien nette sur la face dorsale des avant-bras.

Le malade sort guéri le 21 juin.

2me Observation. — D..., 21 ans, soldat au 3me régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 22 mars 1887. Lors de son admission, on note : peau brûlante, sèche, pouls sans plénitude à 124, coloration rouge vif, presque uniforme du tronc en avant et en arrière. Pas d'éruption caractéristique sur la face et les membres, peu d'injection des conjonctives; léger coryza, angine limitée aux piliers et à la luette avec exsudat pultacé sur l'amygdale droite, sans tuméfaction des ganglions; température axillaire 39°3.

Le 23 mars, l'éruption est générale, confluente sur le tronc; elle est discrète sur les membres et la face.

Le 25, nous notons la diminution de l'angine.

Le 26, l'éruption commence à pâlir. L'affection suit une marche normale. Nous devons signaler seulement quelques épistaxis assez abondantes pendant la matinée du 27.

Le 31 mars, une desquamation assez abondante se fait à la face et est limitée à cette partie.

Cet homme fut proposé, le 17 avril, pour un congé de convalescence qu'il attendait à l'hôpital, lorsque le 21 avril apparut un exanthème rubéolique assez confluent sur le tronc et les membres sans symptômes généraux bien accusés. Nous notons seulement quelques quintes de toux, un léger frisson, un peu d'angine avec douleur des ganglions péri-maxillaires. La température ne dépassa pas 38°.

Le 23 avril, l'éruption avait déjà pâli sur les membres, et elle persista encore 48 heures sur le tronc.

Le malade quittait l'hôpital le 29 avril.

Durée de la maladie.— Si nous comptons en bloc le chiffre de nos rougeoleux, nous trouvons que la durée moyenne de la maladie, c'est-à-dire le temps écoulé depuis le moment de l'admission jusqu'à celui où la convalescence étant bien confirmée l'homme a pu sortir, a été de 29 jours et demi, y compris la période d'invasion. Mais ce chiffre est un peu trop élevé, car les hommes proposés pour des congés de convalescence ont dû attendre pendant 6 à 8 jours, quelquefois plus longtemps, l'autorisation de jouir de ces congés, et par suite, leur sortie de l'hôpital a été retardée.

D'autre part, les cas qui ont été traités pendant l'hiver nous obligeaient à une plus grande prudence avant d'accorder l'exeat. Si nous divisons à ce point de vue nos malades en deux catégories, nous aurons : 1° ceux qui ont été admis jusqu'au 1er avril et sont sortis vers la fin de ce même mois, c'est à-dire à une époque où les conditions atmosphériques n'étaient pas encore très favorables, car le printemps a été

frais et souvent froid jusqu'en mai. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été pour ces malades de 34 jours (maximum 54, minimum 23).

2° Ceux qui ont été admis en avril ont pu être renvoyés plus promptement par suite de l'élévation de la température et des conditions météorologiques très satisfaisantes. Pour les malades de cette deuxième catégorie, la durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 29 jours (maximum 42, minimum 17).

Léthalité. — Pendant cette épidémie, nous avons eu 189 malades, dont 11 décès, ce qui donne une moyenne de 5,82 pour 100. Ainsi, au point de vue de la léthalité, l'épidémie de 1887, à Rochefort, bien que grave comparativement aux rougeoles des années précédentes, est bénigne par rapport à beaucoup d'autres épidémies de même nature. Laverau (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1861), dans un travail sur les influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole, s'exprime ainsi: «Tandis que, dans une épidémie observée à Dunkerque par M. Zandick, on ne compte que 4 décès sur 200 malades pour une population de 26,000 habitants, une épidémie dans le Pas-de-Calais donne 33 décès sur 318 malades pour une population de 1,400 habitants (Mémoire de l'Académie de médecine). Dans l'épidémie de Genève, la mortalité fut de 1/6 (Lombard, *Gazette médicale*, 1833). Dans l'épidémie de Saint-Frout (Haute-Loire) (Mémoire de l'Académie de médecine), la mortalité fut de 1/5.»

Nous voyons encore citées, dans le même auteur, d'autres épidémies dont la mortalité fut d'un quart, d'un tiers, comme dans l'épidémie de 1860 relatée par Laverau, et même de la moitié.

Si nous comparons la mortalité de ces épidémies avec la

mortalité de l'épidémie de Rochefort en 1887, nous voyons que cette dernière est relativement bénigne. Elle se rapproche de l'épidémie de Metz, décrite par Michel Levy, où il n'y eut que 6 décès sur 120 malades, soit 1 pour 30.

Il faut ajouter que si l'épidémie de Rochefort est bénigne par rapport aux autres épidémies, c'est aussi qu'elle n'a été observée que sur des adultes, soit des soldats, des marins ou des ouvriers de l'arsenal. La mort a été le plus souvent causée par asphyxie lente à la suite de broncho-pneumonie, comme le prouvent les observations que nous citons plus loin : G..., V .., D..., etc.

Observation I.

Rougeole et broncho-pneumonie.— Mort par asphyxie lente.

G...., soldat au 3me régiment d'infanterie de marine.

18 mars 1887. Entré pour bronchite et fièvre. Point de côté au niveau de l'hémithorax droit. Respiration courte et pénible. Le malade a été pris vers minuit ou une heure, de douleur vive au niveau de l'hémithorax droit, à cinq travers de doigt au-dessous du mamelon. Douleur s'exagérant par la respiration. Gêne respiratoire assez considérable. Dilatation des ailes du nez; dyspnée.

Percussion, pas de matité.

A l'auscultation, respiration soufflante dans les deux poumons, expiration prolongée et râle, ronflante au deuxième temps de la respiration.

Toux assez fréquente, expectoration assez abondante.

18. S. T. 40°7. 19. M. T. 39°. S. T. 40°6. Evacué sur les baraques pour rougeole. Malade depuis minuit, cet homme présente de la matité dans la partie inférieure du côté droit. Disparition du murmure respiratoire dans la moitié inférieure

du poumon droit, respiration accélérée sus-sternale. P. 130, petit, expectoration nulle. La peau du tronc est d'une rougeur uniforme, sans trace apparente d'éruption.

Mal de gorge modéré, langue très rouge, état de prostration très grand.

19. M. T. 39°. P. 114. Prostration très grande, respiration à 54. P. 114, peau sèche; soubresauts des fléchisseurs des avant-bras, éruption généralisée sur le tronc s'arrêtant à la partie supérieure des cuisses, ne se montrant pas aux avant-bras. Peu de rougeur de la gorge, langue sèche, expectoration presque nulle. Quelques crachats purulents, légèrement teintés de sang, râles crépitants dans tout le poumon gauche, auscultation impossible à droite à cause du pansement du vésicatoire et de l'état du malade.

19. S. T. 40°6. P. 156. Pouls, un peu relevé, à 156, respiration 50. Apparition de l'exanthème sur les bras, expectoration nulle, langue humide.

20. M. T. 39°3. P. 116. R. 45. Gros râles humides et crépitants dans les trois quarts inférieurs du poumon droit, souffle bronchique de retour au sommet, râles crépitants à l'inspiration dans toute l'étendue du poumon gauche.

Expectoration peu abondante, légèrement aérée, avec quelques filets de sang provenant de l'arrière-gorge.

Éruption confluente sur le tronc, commençant à se montrer sur le menton.

S. T. 40°2. P. 160. R. 56. Peau sèche, pouls à 160, soubresaut des tendons, langue rôtie, injection vive des téguments sur le tronc, apparition de quelques taches rosées sur les avant-bras.

21. M. T 38°9. P. 116. R. 40. Matité absolue dans les trois quarts inférieurs du poumon droit. Absence de murmure respiratoire jusqu'à l'angle de l'omoplate, râles sous-crépitants aux deux temps et souffle bronchique dans les trois quarts

supérieurs du poumon droit ; respiration soufflante, exagérée à gauche.

Expectoration gourmeuse, avec stries de sang provenant du pharynx.

21. S. T. 40°7. P. 124. R. 34. Tendance à la moiteur, subdelirium pendant la journée, langue humide, un peu de douleur abdominale sans météorisme, expectoration presque nulle; crachats opaques très finement aérés.

22. M. T. 39°2. P. 106. R. 30. Délire pendant toute la nuit, agitation. Le malade a voulu quitter son lit plusieurs fois. Peau chaude et sèche, quelques taches discrètes de rougeole sur l'abdomen, langue sèche, un peu de gargouillement iléo-cœcal, avec douleur à la pression dans la fosse iliaque.

Pouls un peu moins dur, quelques soubresauts des tendons des fléchisseurs.

Râles crépitants dans la moitié inférieure du poumon gauche aux deux temps, souffle bronchique au sommet.

Bruit de souffle dans toute l'étendue du poumon droit aux deux temps de la respiration.

Expectoration presque nulle, quelques rares crachats aérés, sans trace de sang.

S. T. 40°2. P. 130, R. 42. Deux selles à la suite du lavement, pouls petit, coloration asphyxique de la face, subdelirium, carphologie, soubresauts des tendons, langue rôtie.

23. M. T. 39°3. P. 120. R. 45. Etat général meilleur, l'intelligence est revenue, le pouls est un peu plus plein.

S. T. 39°8, P. 110, R. 40. La langue est humide, deux selles spontanées. Cette nuit, bruit de souffle moins dur dans le poumon gauche, malgré quelques râles crépitants ; quelques râles sous-crépitants de retour dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Le bruit de souffle a presque complètement disparu.

24. T. M. 39°6. P. 108. R. 45. Expectoration plus abondante, de meilleure nature, très aérée, râles crépitants de retour dans tout le poumon gauche.

S. T. 39°3. P. 102. R. 39. Disparition du murmure respiratoire dans la moitié inférieure droite.

Bruit de souffle intense aux deux temps dans la moitié supérieure, état général plus satisfaisant, langue belle, ventre souple, tendance à la moiteur.

25. M. T. 30. P. 104. R. 36. S. T. 39°2. P. 100. R. 40.

26. M. T. 38°3. P. 100. R. 36. S. T. 39°5. P. 126. R. 40. Souffle doux aux deux temps dans le poumon droit, râles ronflants et crépitants à gauche aux deux temps et surtout au sommet.

27. M. T. 38°8. P. 92. R. 32. S. T. 401. P. 120. R. 45. Rechute dans la matinée, disparition de tous les phénomènes d'amélioration constatés dans la matinée, sueurs abondantes, râles crépitants plus abondants dans tout le poumon gauche, diminution du murmure respiratoire à droite, souffle dans le poumon droit aux deux temps. Soir, la potion kermétisée dont la moitié a été prise, a été supprimée.

28. M. T. 38°1. (P. 114, petit et dur). R. 40. Etat de stupeur, diarrhée, langue toujours sèche, souffle aux deux temps dans tout le poumon droit, râles crépitants et ronflants à l'aspiration dans tout le côté gauche, quelques gros râles humides de retour à la partie moyenne seulement.

28. T. S. 39°8. (P. 126, petit et dur). Même état de stupeur, peau sèche, pouls petit et dur, langue un peu humide, expectoration bronchique modérée.

29. M. T. 38°8. P. 110. R. 36. S. T. 39°4. P. 114. R. 40. Le pouls est petit et dur, sueurs profuses.

30. M. T. 38°6. P. 104. R. 36. S. T. 40°3. P. 120. R. 40. Gros râles ronflants aux deux temps plus accusés à gauche, état général un peu amélioré.

31. M. T. 37°7. P. 108. R. 36. Gros râles crépitants à gauche, bruit de souffle du côté droit, langue humide.

31. S. T. 39°5. P. 130. R. 48. Pouls petit et dur, disparition de la moiteur de la peau, sans que cependant celle-ci paraisse chaude au toucher, langue humide.

1er avril. M. T. 37°1. P. 108. R. 40. Râles crépitants aux deux temps dans toute l'étendue des deux poumons.

S. T. 39°7. P. 150. R. 40. Respiration plus bruyante. Prostration plus grande. Pouls petit, dur; langue rôtie.

2. M. T. 37°6. P. 120. R. 40. Un peu de moiteur à la peau. Pouls un peu relevé. Moins de bruit de souffle. Quelques râles crépitants de retour dans la moitié supérieure à droite.

2. S. T. 38°4. P. 126. R. 45.

3. M. T. 37°2. P. 110. R. 45. Langue humide, facies un peu moins fatigué. Expectoration opaque et purulente.

Décédé le 3 avril 1887, à 10 heures 40 du matin.

Observation II.

Rougeole compliquée de bronchopneumonie et mort.

D...., soldat au 3me régiment d'infanterie de marine.

27 mars 1887. S. T. 40.

28. M. T. 39°9. S. T. 40°6. Exempt de service depuis le 26; dit être malade depuis plusieurs jours. A l'entrée, commencement de l'éruption sur la face et le tronc. Yeux larmoyants. Pharyngite. Toux fréquente. Expectoration muqueuse. Râles crépitants fins dans les deux poumons, notamment à droite.

29. M. T. 40°3. S. 40°6. P. 170. L'éruption est aujourd'hui complète, très confluente à la face, normale sur le tronc et les membres. Langue sèche, soif très vive. Laryngite intense.

Aphonie. Râles crépitants dans toute l'étendue des deux poumons.

30. M. T. 38°9. P. 150. R. 50. L'éruption a pris une teinte rouge foncé, ecchymotique, très accusée sur tout le tronc. La face est congestionnée. Gorge sèche avec ulcérations sur la luette. Quelques râles crépitants disséminés dans toute l'étendue du poumon. Expectoration purulente, très épaisse. Crachats globuleux rejetés avec peine.

30. S. T. 40°3. P. 160. R. 30. Période agonique commencée vers 1 heure du matin.

31. M. T. 40°9. La coloration rouge foncé notée hier à la région postérieure du tronc est généralisée.

31 mars. Décédé à 9 heures 45 du matin.

Observation III.

Rougeole avec délire, forme ataxique avec guérison d'écoulement urétlirai.

Q...., soldat au 3^{me} régiment d'infanterie de marine.

24 mars. S. T. 40. Était en traitement à l'infirmerie pour uréthrite.

25. M. T. 40°3. Malade depuis quatre jours. Fièvre continue depuis deux jours. Se plaint de douleur vive à la déglutition. Céphalalgie et rachialgie. Langue sale très chargée. Rougeur de la gorge, surtout au niveau du voile du palais et des piliers. Vomissement spontané.

S. T. 40°1. P. 168. Pouls très rapide à 168, petit. Céphalalgie persistante. Vomissements bilieux continus. Langue un peu nettoyée. Les yeux sont fortement injectés. Pas de trace d'éruption à la peau.

Sensibilité très vive de l'abdomen, sans tympanisme ni rétraction des muscles. Selles involontaires.

26. M. T. 39°4. P. 180, très petit. Délire pendant la nuit.

Prostration extrême. Ce matin, le malade dit ne plus avoir de céphalalgie. Subdelirium intermittent. Éruption de rougeole sur les bras seulement. Aucun signe de bronchite à l'auscultation. Pas d'expectoration. Selles involontaires,

S. T. 39°2. P. 140. État sensiblement amélioré. Pouls plus plein. Intelligence nette. Pas de tendance à la transpiration.

27. M. T. 38°. P. 120, plus relevé.

S. T. 38°6. P. 110. Érythème du scrotum, qui est douloureux au toucher.

28. M. T. 37°5. S. T. 38°3. P. 100. Épistaxis abondante dans la matinée.

29. M. T. 37°3. S. T. 38°.

30. M. T. 38°6. S. T. 37°6. Léger mouvement fébrile, sécheresse de la langue.

31. M. T. 37°. S. T. 37°6.

1er avril. M. T. 37°. S. T. 37°1.

2. M. T. 36°8.

9. Desquamation de la face et du tronc.

12. Cet homme est guéri de son uréthrite.

14. A présenter devant le Conseil de santé pour un congé de convalescence.

A obtenu un mois de convalescence le 16 avril 1887.

Exeat le 25.

Observation IV.

Rougeole avec délire, forme ataxique et mort.

P..., matelot à la Division des équipages de la Flotte.

21 avril. M. T. 39°9. S. 40°7. Note du billet d'entrée: Angine, Courbature, Coryza. Malade depuis hier.

22. M. T. 40°1. S. T. 40°5. Malade depuis deux jours. Cet homme a commencé à ressentir de la céphalalgie,

avec fièvre et fatigue générale. Pas de catarrhe oculo-nasal ni d'éruption. Pas de toux ni d'expectoration. Se plaint de douleurs dans les flancs et à la partie inférieure du dos. Un peu de rougeur du voile du palais.

Soir. Agitation très grande. Le malade tend constamment à se découvrir. Un peu de moiteur de la peau. Quelques taches commencent à se montrer sur la poitrine et sur la face dorsale des mains. Pas de traces d'expectoration.

23. M. T. 40°6. S. T. 40°1. Insomnie. Sudelirium. Face toujours congestionnée. Même état de la peau qu'hier soir. Tendance à la moiteur. Aucun signe à l'auscultation. Langue sèche.

Soir. Même état que ce matin. Aucun symptôme morbide autre que la température élevée. Pouls plein à 100. Le malade n'accuse aucune douleur.

24. M. T. 41°2. Insomnie et subdelirium la nuit dernière. Ce matin, l'intelligence est nette. Le malade déclare n'avoir aucune douleur. Pas de céphalalgie. Ventre souple. Tendance à la moiteur. Langue un peu moins sèche. Souffle bronchique dans toute la hauteur du poumon droit, sans râles. Expectoration nulle.

S. T. 39°7. P. 160. Sueurs profuses depuis ce matin. Agitation pendant le sommeil. Langue humide, un peu jaune. Le malade n'accuse aucune douleur.

25. M. T. 40°. P. 138. Cris, subdelirium pendant la nuit. Au moment de la visite, le malade est couvert de sueur. L'intelligence paraît intacte. P. 138, sans plénitude ni dureté. La langue est redevenue sèche. Le malade n'accuse aucune douleur. Pas de douleurs dans l'abdomen. Teinte subictérique du tronc. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Pas d'expectoration. Même état de la respiration qu'hier.

S. T. 40°2. P. 120. La coloration ictérique a sensiblement augmenté depuis ce matin. Elle est très manifeste sur le

tronc et les conjonctives moins accusée sur la face, qui a perdu de son animation.

Sueurs profuses depuis ce matin. Délire intermittent. P. 120, plein, sans dureté. Langue sèche, légèrement jaunâtre. Plus de traces d'éruption, ni de symptôme de rougeole. Pas de douleur à la pression dans les régions hépatiques, ni à l'épigastre.

26. M. T. 38°8. P. 124. Délire et agitation toute la nuit. Pouls un peu dur. Quelques soubresauts des tendons des fléchisseurs. Langue sèche et fendillée, sans rougeur caractéristique. Abdomen légèrement rétracté. Pas de douleurs provoquées dans la fosse iliaque. Plusieurs selles pendant la nuit par le purgatif. Même coloration ictérique de la peau. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de paralysie. Pas de troubles des sens.

S. T. 39°9. P. 120. Délire continu pendant la journée, à peine entrecoupé par une période de lucidité. La teinte ictérique s'est accentuée depuis ce matin. Un peu de moiteur de la peau. Quelques soubresauts des tendons des fléchisseurs. Langue humide. Ventre un peu ballonné.

Analyse des urines :

Réaction acide.

Densité 1025.

Produits biliaires en quantité considérable.

Albumine en quantité appréciable non titrée.

27. M. T. 39°6. P. 120, dur. Même état qu'hier. Délire, agitation ; le malade cherche à chaque instant à sortir de son lit. Même teinte subictérique de la peau, avec léger piqueté rougeâtre du tronc et des membres. Pupilles contractées. Langue rôtie, fendillée avec tendance à l'hémorrhagie par les fissures du pourtour. Dents fuligineuses. Pas de douleur à la percussion sur le foie, qui n'est pas augmenté de volume. Le bruit de souffle qui existait est le même, mais beaucoup

plus doux. Plusieurs selles. Urine de couleur jaune orangé se troublant rapidement, contenant un sédiment considérable.

S. T. 40°3. P. 120, moins dur. Même état que ce matin. Même urine. Selles involontaires.

28. M. T. 40°4. P. 120. Délire continu pendant toute la nuit. Ce matin, obtusion des sens. Même teinte subictérique de la peau qui se recouvre d'une éruption rubéolique bien manifeste. Le pouls est moins dur. Tendance à la moiteur. Soubresauts des tendons. Langue rôtie. Le malade veut constamment sortir de son lit et ne reconnaît pas les personnes qui l'interpellent. Urines abondantes, moins troubles, très foncées. Selles spontanées, copieuses dans la soirée d'hier.

Analyse des urines :

Densité 1025
Albumine 0,50
Urée 33 gr.
Principes biliaires en quantité notable.
Urates de soude en proportion très considérable.

S. T. 40°9. Délire continu. Etat comateux. La teinte subictérique a disparu ; l'éruption est bien accusée.

Décédé le 28 avril, à 8 heures 45 du soir.

Observation V.

Rougeole compliquée d'ostéite épiphysaire.

H..., soldat au 3me régiment d'infanterie de marine.

22 avril 1887. Malade depuis 3 jours. Cet homme a ressenti d'abord un mal de gorge rendant la déglutition pénible ; une toux fréquente avec expectoration assez abondante.

Rougeur de la gorge. Eruption constituée par de petites taches rouges légèrement saillantes sur la peau, assez confluentes à la base du cou, très discrètes à la partie inférieure du tronc et sur les membres. Rougeur uniforme à la face. Sonorité dans toute la poitrine. Signes sthétoscopiques nuls.

22 avril (soir). Injection des conjonctives. Coloration rouge vif de la face. Sueurs profuses générales. L'éruption commence à paraître.

23 avril (5 h. $^1/_2$ soir). Dyspnée assez intense.

Application de 6 ventouses sèches.

24 avril. Matin, T. 38°8. Soir, T. 38°8. Râles ronflants et sibilants dans les deux poumons, notamment du côté gauche.

25 avril. M. T. 38°4. S. T. 38°5. L'éruption commence à pâlir, le malade est en moiteur. Quelques sudamina sur le flanc droit.

26	avril.	Matin.	T. 38°	Soir	T. 38°
27	—	—	37°9	—	38°4
28	—	—	37°3	—	38°2
29	—	—	37°1	—	37°2
30	—	—	36°8	—	37°5
1er	mai	—	36°7	—	37°5

Légère otite du côté droit.

26 mai. Accusait depuis quelques jours des douleurs dans le genou gauche, principalement au niveau des insertions tendineuses. Ni rougeur, ni gonflement. Les mouvements sont possibles.

27 mai. Aujourd'hui, le genou est très tuméfié. La jambe est dans la demi-flexion. La rotule est mobile. Le cul-de-sac sous-tricipital est distendu par du liquide. Douleur à la pression au niveau de l'interligne articulaire et dans le creux poplité. Gonflement à la partie inférieure de la cuisse. Rien du côté de la rotule. Douleur excessivement vive à la partie interne au niveau du condyle interne du fémur. La région

est très chaude, sans rougeur. Un peu de gêne circulatoire à la partie intérieure et supérieure de la cuisse.

Soir T. 39°3 — P. 108.

28 mai. Matin T. 38°5 Soir T. 39°5

29 mai. Matin T. 38° Soir T. 38°7

Evacué sur le service des blessés, les symptômes de l'articulation du genou ne s'amendant pas et le malade étant complètement guéri de sa fièvre éruptive.

30 mai 1887. Actuellement le malade ne peut marcher, parce qu'en appuyant son pied par terre il sent une vive douleur au niveau de l'articulation du genou.

La douleur spontanée la plus vive siège sur le condyle externe, au niveau du passage du tendon du biceps; empâtement des ligatures à ce niveau.

On constate de plus le choc de la rotule contre les condyles, caractéristique de la présence de liquide dans l'articulation.

Cependant les mouvements sont conservés, mais le malade ne peut parvenir à mettre la jambe en extension ou flexion forcée sur la cuisse.

9 juin 1887. Application de pointes de feu sur les parties malades.

2 juillet 1887. Douleur vive au genou; amélioration sensible.

1er août 1887. Depuis quelques jours, le malade a été repris de ses douleurs au genou gauche. Toute la région articulaire, ainsi que la partie supérieure de la jambe inférieure de la cuisse sont tuméfiées. On constate à la palpation un empâtement profond, comme s'il dépendait des parties osseuses. Les tissus superficiels sont œdématiés. A la partie interne et un peu au-dessus de l'article, à peu près au niveau de l'insertion du tendon du grand adducteur, on

constate l'existence d'une fluctuation profonde très limitée.

23 août 1887. Les douleurs qu'éprouvait le malade à la partie interne du tiers inférieur du fémur avaient presque disparu depuis une dizaine de jours, mais cette nuit elles ont reparu.

Actuellement, elles sont perçues aussi bien au niveau du bord interne que du bord externe de la cuisse dans son tiers inférieur.

Des deux côtés, on constate l'existence d'une tuméfaction oblongue ; rougeur concomitante, empâtement profond ; l'os est considérablement augmenté de volume.

26 août 1887. Après anesthésie chloroformique, on pratique une ponction sur le côté interne de l'extrémité inférieure de la cuisse : il s'écoule du pus. Le foyer de l'abcès correspondant, exploré par le doigt, est bridé en avant par le tendon du grand adducteur et paraît s'étendre, à la partie postérieure, dans la direction du côté externe du fémur. Une incision de 7 à 8 centimètres de long est pratiquée sur le côté externe, on fend le périoste, et alors s'écoule une quantité assez notable de pus. Une seconde incision périostique, faisant avec la première un angle droit, est pratiquée dans le but de débrider le foyer de l'abcès. Antisepsie rigoureuse.

3 septembre 1887. L'état général est très satisfaisant. Le malade n'a aucune douleur; le genou est susceptible de quelques mouvements. Suppuration peu abondante.

30 septembre 1887. Plus de suppuration, la plaie est cicatrisée, le malade peut marcher et sort guéri.

Observation VI.

Rougeole compliquée d'angine diphtéritique et de paralysies consécutives.

R... A., âgé de 23 ans, soldat au 3^{me} régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 13 avril.

13 avril. T. m. 39°3. T. s. 40°5. Malade depuis quatre jours, s'est présenté ce matin seulement à la visite. Apparition de l'éruption rubéolique dans la nuit. A l'entrée, on constate que l'éruption est répandue sur tout le corps, très confluente et surtout à la face. Injection vive des conjontives. Larmoiement. Pharyngite peu intense, toux légère. Langue sale.

14 avril. T. m. 38°3. T. s. 39°6.

15 — — 37°3. — 38°3.

16 — — 36°8. — 37°4.

17 — — 37°6. — 37°6.

18 — — 37°4. — 37°4. L'éruption a presque complètement disparu.

19 — — 37°2. — 36°9.

20 — — 36°8. — 37°4. Persistance d'un peu de pharyngite. Un peu d'expectoration, crachats rubéoliques.

Du 21 avril au 28 pas de fièvre.

28 avril. Angine pseudo-membraneuse ayant envahi toute l'arrière-gorge, amygdales, voile du palais, luette sans réaction fébrile. Le malade n'est pas sorti de la salle.

29 avril. T. s. 37°7. Large plaque blanchâtre qui s'étend sur le voile du palais, depuis la base du pilier droit jusqu'à la partie supérieure du voile. Toujours pas de fièvre.

2 mai. Les fausses membranes se sont détachées sur le pilier antérieur droit, laissant à nu une surface ulcérée et gagnant en profondeur et s'étendant du côté gauche. Altération du timbre de la voix. Pas de gêne respiratoire.

3 mai. T. m. 37°3. T. s. 38°3. Les fausses membranes sont tombées et les parties ulcérées commencent à se recouvrir de bourgeons charnus. Gêne toujours considérable de la déglutition. Aphonie.

4 mai. T. s. 39°.

5 mai. T. m. 37°5. T. s. 38°. Gêne de la déglutition, les ulcérations vont sensiblement mieux.

Les jours suivants, il n'y a pas de fièvre.

25 mai. Le malade a eu quelques étourdissements dans la journée avec une légère syncope.

30 mai. Le malade se sent fatigué encore aujourd'hui. Un peu d'accélération du pouls 108, aucun signe stéthoscopique à l'auscultation.

31 mai. Le pouls est toujours accéléré, mais sans élévation de la température.

16 juin. Malgré un régime tonique, le malade ne sent pas ses forces revenir. Le pouls se maintient à 100, un peu plein. L'appétit est presque nul. L'état des premières voies digestives est satisfaisant. Le malade n'accuse rien autre chose qu'une extrême faiblesse. L'auscultation de la poitrine ne révèle aucun signe anormal.

Pas d'albumine dans les urines, les battements du cœur sont nets et réguliers.

17 juin. L'état de faiblesse dont se plaignait le malade depuis une quinzaine de jours va en augmentant. Pas d'amaigrissement appréciable. Le malade ayant été contraint de quitter son lit, on constate une parésie complète des membres inférieurs. Le malade ne peut marcher que soutenu sous les bras. Abandonné à lui-même, il s'affaisse. Les pieds traînent sur le sol, sans mouvements apparents de flexion; pas de douleurs.

Notre attention a été aussi attirée du côté de la vision: le malade dit qu'il a remarqué qu'il y voyait moins depuis quelques jours. En effet, nous constatons un peu de diminution de l'acuité visuelle.

4 juillet. Même état général. La vision s'est un peu améliorée, le malade perçoit plus nettement les objets. Même état de parésie des membres inférieurs, avec une légère atrophie des muscles du mollet. L'examen de la colonne vertébrale n'indique aucune lésion médullaire. Pas d'albumine dans les urines.

Electrisation des membres inférieurs avec l'appareil galvanique de Chardin. Toutes les masses musculaires des membres inférieurs répondent à l'excitation du courant. Celui-ci est perçu nettement par le malade.

11 juillet. Un peu d'amélioration dans les mouvements du membre inférieur droit; même état à gauche. La voix est revenue. Le pouls est plus animé depuis 48 heures. Cependant, le malade accuse de la faiblesse dans les membres supérieurs; la force musculaire est notablement diminuée, surtout à droite; les mouvements de préhension d'un objet ne sont pas changés, mais le malade se soulève difficilement pour s'asseoir dans son lit. Pas de troubles de la sensibilité cutanée. Les fonctions digestives sont toujours régulières et normales.

20 juillet. Atrophie assez rapide des muscles des éminences thénar et hypothénar, lesquelles se contractent toujours sous l'excitation faradique.

28 juillet. Le malade constate un peu d'amélioration dans les mouvements des jambes. Peu à peu les forces lui sont revenues, et il est resté à l'hôpital jusqu'au 16 septembre, époque à laquelle il est sorti pour jouir d'un congé de convalescence. A sa sortie, le malade était guéri et avait recouvré tous ses mouvements.

Observation VII.

Rougeole compliquée de rhumatisme polyarticulaire aigu.

V..., soldat au 3me régiment d'infanterie de marine, âgé de 21 ans.

30 mars. S. T. 40°7.

31. M. T. 39°9. Note du billet d'entrée: «Cet homme, venu à la visite depuis deux jours seulement pour angine, me fait appeler cette après-midi ; il est porteur d'une éruption rubéolique très confluente, surtout à la face. Il a pris ce

matin 30 gr. d'huile de ricin. Il avait rendu dans la journée d'hier des lombrics. Signé: Dr Bellot.»

État à l'entrée : Yeux fortement injectés. Visage fortement coloré au rouge, presque vineux. Langue sèche. Coloration très foncée de la luette et du voile du palais avec saillie de toutes les glandules de la partie coryza. Éruption généralisée, confluente, d'un rouge plus foncé que dans le type classique. Expectoration presque nulle. Respiration un peu obscure à gauche, sans signes stéthoscopiques anormaux.

S. T. 39°5. Le malade a vomi spontanément un lombric mesurant 15 centimètres de longueur. Le malade présente un état beaucoup plus satisfaisant.

1er avril. M. T. 38°5. Une selle seulement par un purgatif. Amélioration de l'état général. L'éruption a sensiblement pâli depuis hier soir.

S. T. 39°6. Quatre selles par le purgatif. Expulsion de deux lombrics de grande taille.

2. M. T. 37°8 S. T. 38°2.

3. M. T. 37°8. S. T. 38°2.

4. M. T. 37°3. S. T. 38°3. Catarrhe oculaire très abondant. Le malade n'accuse aucune douleur.

5. M. T. 37°5. S. T. 37°2.

6. M. T. 38°8. P. 90. S. T. 37°5. P. 66. Quelques râles sous-crépitants, fixés à la partie inférieure du poumon droit.

7. M. T. 38°5. S. T. 37°9. Les râles signalés hier ont gagné la partie moyenne du poumon.

8. M. T. 38°3. S. T. 37°8. Bruit de souffle doux à l'inspiration dans le sommet droit.

9. M. T. 37°5. S. T. 37°6.

10. M. T. 36°6. S. T. 38°.

11. M. T. 36°2. S. T. 37°6. Desquamation très marquée de la face. Éruption assez considérable de sudamina sur le tronc et au pli des bras.

12. M. T. 36°6.

14. M. T. 37°9.

15. M. T. 37°.

Convalescence. A partir du 15, la température, arrivée à 36°6 et 37° depuis plusieurs jours, n'est plus notée.

22. Depuis quelques heures, le malade a ressenti de la douleur dans le coude droit. Pas de rougeur ni de chaleur. Douleurs spontanées et provoquées par la pression et le mouvement. Effacement des interlignes osseux, notamment en dedans de l'olécrâne. Le malade n'a pas de rhumatisants dans sa famille, et n'a jamais eu d'attaques antérieures de rhumatisme.

22. S. T. 39°9. P. 120. Fièvre intense développée dans le courant de la journée, sans que le malade puisse accuser le moindre symptôme. Visage un peu animé. Quelques plaques rouges à la partie antérieure du thorax. Douleur moindre au coude droit.

23. M. T. 39°6. Les douleurs ont envahi les articulations tibio-tarsiennes et le poignet gauche. Pas de gonflement ni de rougeur des pieds. Un peu d'empâtement au poignet.

S. T. 39°8. P. 110. Ce soir, douleurs plus vives dans les articulations. Facies plus fatigué. Moiteur à la peau.

24. M. T. 39°2. S. T. 39°. Un peu moins de douleurs dans le poignet droit, dont les mouvements spontanés commencent à devenir possibles. Apparition d'un peu de gêne dans le coude gauche.

25. M. T. 38°1. S. T. 39°.

26. M. T. 36°5. S. T. 37°9.

27. M. T. 37°. S. T. 37°6. La douleur et le gonflement des articulations ont disparu.

28. M. T. 37°5. S. T. 37°7.

29. M. T. 37°5. S. T. 39°6. Accès de fièvre survenu sans

motif appréciable, et sans que le malade accuse aucune douleur.

30. M. T. 37°7. S. T. 38°5.

1er mai. M. T. 37°8. S. T. 38°8.

2. M. T. 37°5. S. T. 39°.

3. M. T. 37°. S. T. 38°5.

4. M. T. 36°4. S. T. 37°.

5. M. T. 37°. S. T. 39°5. P. 110. Vers 2 heures de l'après-midi, le malade a été pris de frissons, sans trouble d'aucune sorte. Au moment de la contre-visite, on constate sur la poitrine et le ventre, notamment sur la poitrine, un érythème disséminé, rouge pâle, sans caractérisation particulière.

6. M. T. 38°1. S. T. 38°2. Les taches constatées hier soir ont disparu sans laisser de traces. Le léger mouvement fébrile continue sans que le malade accuse aucune douleur. Un peu de moiteur dans la nuit.

7. M. T. 38°5. S. T. 38°3. Même état qu'hier.

8. M. T. 37°. S. T. 39°.

9. M. T. 37°3. S. T. 37°7.

10. M. T. 37°4. S. T. 38°2.

11. M. T. 37°2. S. T. 38°4.

12. M. T. 36°6.

13. S. T. 36°6.

14. M. T. 36°6. S. T. 37°2.

15. M. T. 37°5. S. T. 38°5.

16. M. T. 36°2. S. T. 37°5.

17. M. T. 36°5. S. T. 37°2.

18. M. T. 37°. S. T. 37°4.

19. M. T. 36°8. S. T. 36°8.

20. M. T. 36°6.

21. A présenter au Conseil de santé.

Exeat le 1er juin 1887. Sort guéri.

ÉRYTHÈME VÉSICULEUX.— FAUSSE MILIAIRE.

Il nous a paru intéressant d'intercaler entre la rougeole et la scarlatine une éruption, assez bénigne pour ne pas mériter le nom de fièvre, survenue pendant la durée de l'épidémie.

Les hommes atteints de cette affection sont des matelots et des soldats provenant des casernes contaminées et en contact journalier avec tous les hommes du régiment. La cause de cette éruption paraît se rattacher à la rougeole, mais cette maladie en est distincte par beaucoup de symptômes qui lui sont propres.

Les malades atteints ne souffrent pas ; ils ne se douteraient pas qu'ils sont malades s'ils ne voyaient une éruption à la surface de leur corps. Cette éruption n'est pas générale, elle se localise de préférence à certaines parties de la peau et particulièrement à la face. La face commence par être d'un rouge intense uniforme ; les paupières sont gonflées, tuméfiées, œdématiées, et toute la face en même temps devient plus ou moins bouffie, ce qui ferait croire à un érysipèle de la face, mais nous n'avons pas de fièvre, pas de douleur, tout au plus un peu de céphalalgie. Les paupières tuméfiées recouvrent entièrement le globe de l'œil, mais sans incommoder le malade, qui n'éprouve aucune douleur.

Dès le second jour, on voit une éruption de petits boutons vésiculeux, confluents, de la grosseur d'un grain de millet. Ces boutons grossissent pendant les 24 heures qui suivent l'éruption ; ils se remplissent de sérosité d'abord citrine, cristalline, puis purulente, et, vers le troisième ou quatrième

jour, ils éclatent et leur contenu se répand à la surface de la peau en formant une sorte de croûte gris-jaune, qui ressemble, à s'y méprendre, à une onction avec de la pommade soufrée. Cet état dure 4 ou 5 jours, pendant lesquels le malade conserve son appétit, et toutes les fonctions de son organisme s'accomplissent normalement.

Vers le cinquième jour, l'inflammation diminue, les croûtes subissent une véritable desquamation, elles tombent peu à peu ; l'œdème des paupières et la rougeur de la face diminuent, le malade ouvre peu à peu les yeux et, au bout de 8 jours, toute la maladie a évolué, la peau a repris sa finesse, il ne reste plus trace d'éruption et le malade est guéri.

Pendant tout ce temps, nous avons recherché la fièvre avec le plus grand soin, matin et soir, en prenant la température axillaire, mais jamais le thermomètre n'a accusé la moindre élévation de la température. Il est assez curieux qu'une éruption aussi confluente se développe sans mouvement fébrile.

Cette éruption, survenue pendant le cours de la rougeole (aucun cas de scarlatine ne s'était encore manifesté), ne ressemble en rien à l'éruption rubéolique, bien qu'elle paraisse tenir à la constitution médicale de cette époque.

L'éruption rubéolique se fait par plaques rouges, angulaires, en forme de croissant, laissant le plus souvent entre elles un intervalle de peau saine. Même confluente ou boutonneuse, l'éruption rubéolique ne rappelle en rien l'éruption vésiculeuse de cette forme d'érythème, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet et très saillante, se changeant rapidement en une croûte gris-jaune sale. La rougeole évolue toujours avec un mouvement fébrile, tandis que cet érythème vésiculeux est apyrétique.

M. le Docteur Dupont, médecin en chef de la marine, fut

frappé de cette forme particulière d'éruption sans fièvre. Il nous la fit observer chaque fois que des cas nouveaux se présentaient. D'accord avec les professeurs de l'Ecole de Médecine navale de Rochefort, qui l'ont observée, il la nomma érythème vésiculeux ou fausse miliaire. La miliaire au début affecte cette forme, mais ses papules rouges se changent en peu de temps en vésicules remplies d'une sérosité limpide, transparente, lactiforme, et non point en des croûtes de couleur jaune sale.

Nous allons donner quelques observations de cet érythème vésiculeux.

Observation. 1

Erythème vésiculeux. — Fausse miliaire.

C..., soldat d'infanterie de marine, âgé de 22 ans.

14 mai. S. T. 37°6.

14 soir. Malade depuis 8 jours environ, cet homme entre à l'hôpital avec le diagnostic «rougeole.» Il y a 2 ou 3 jours, il aurait craché une quantité assez notable de sang. A l'entrée, on constate dans les crachats quelques stries de sang rutilant. Le malade se plaint d'un léger mal de gorge, qui, il y a 15 jours, aurait été plus violent qu'aujourd'hui. La face est d'une rougeur vive, uniforme, boursouflée. Les paupières gonflées peuvent à peine s'entr'ouvrir et laissent voir la conjonctive oculaire un peu injectée. Sur la poitrine, rougeur uniforme, localisée surtout des deux côtés de la ligne médiane qui est indemne. Ilots de peau saine épars au milieu de l'éruption. Cette rougeur descend jusqu'à 15 cent. environ au-dessous de l'ombilic. Par places, on voit une éruption de petites pustules jaunâtres très fines, surtout sur les flancs et sur les paupières supérieures. Il en existe

également sur les avant-bras, qui présentent en même temps une rougeur uniforme, plus pâle que sur le reste du corps. Pas d'éruption à la partie postérieure du tronc, catarrhe oculo-nasal. Coloration rouge très pâle du voile du palais. Toux légère. Expectoration muco-purulente. Le malade porte un suspensoir, dont l'usage aurait été nécessité par un effort survenu au gymnase.

15 mai. M. T. 37°5. S. T. 37°5.

15. Matin. La bouffisure de la face a augmenté au point d'empêcher complètement les yeux de s'ouvrir. L'éruption des petites pustules signalées hier est devenue plus confluente sur les paupières et au-dessous de l'angle externe de l'œil. L'éruption, de confluente, est devenue discrète et se compose de petites papules roses à sommet blanc-jaunâtre. Elles occupent les mêmes endroits que l'éruption première. Le malade accuse un léger mal de gorge.

15. Soir. Pas de fièvre, le malade peut maintenant ouvrir les yeux ; léger écoulement purulent à l'angle externe de chaque œil.

16 mai. M. T. 36°8. S. T. 36°5.

16. Matin. La peau du visage perd de sa tension ; les paupières sont dégonflées ; l'éruption vésiculeuse des paupières ressemble à une onction faite avec de la pommade soufrée.

17. M. T. 36°4. S. T. 36°6.

18. M. T. 36°3. S. T. 36°2.

Pas de desquamation. Etat satisfaisant. Sort guéri le 14 juin.

Observation II.

Erythème vésiculeux. — Fausse miliaire.

C..., matelot à la division des équipages, âgé de 24 ans.

22 avril. M. T. 37°2. S. 37°3. Note du billet d'entrée : « rougeole. »

23. M. T. 37°. Malade depuis deux jours, cet homme a ressenti d'abord du mal de tête. Pas d'angine. Catarrhe oculaire. Pas de catarrhe nasal. Eruption constituée par de petites taches rouges papuleuses en certains endroits, à acné blanchâtre, très discrète sur la partie supérieure du tronc et sur les membres.

A la contre-visite du 22, le malade avait la face bouffie, notamment les paupières, les ailes du nez étaient d'un rouge vif. Ce matin, ces symptômes se sont accentués. Le malade ouvre difficilement les yeux, surtout le gauche. Les traits du visage sont effacés. La face est d'une rougeur uniforme, parsemée, surtout entre les deux yeux, de petites taches jaunes verdâtres qui, par endroits, apparaissent comme de petits boutons suppurants, notamment au niveau du tragus de l'oreille droite. Le pavillon des oreilles est d'un rouge vif. La pression du doigt sur les parties gonflées ne détermine pas la moindre sensation douloureuse. La zone atteinte est limitée aux oreilles, à la partie supérieure du front, d'une part, et de l'autre, à la lèvre supérieure. Le menton est intact. Le front a l'aspect chagriné et donne au toucher la sensation d'une surface grenue.

La fièvre fait complètement défaut. L'appétit est conservé. Soif modérée. Selles régulières.

23. M. T. 37°. P. 72. Intégrité du tube intestinal.

S. T. ax. 37°. P 72. Pouls régulier normal. Un peu de moiteur de la peau. Même état du visage. Eruptions discrètes de taches rouges sur les avant-bras, parmi lesquelles un certain nombre sont vésiculeuses. Quelques rares vésicules contenant un liquide opalisé se sont montrées depuis ce matin à la région thoracique antérieure et supérieure droite.

23. S. T. 37°.

23. M. T. 37°. S. T. 37°2. La rougeur de la face a diminué ainsi que le gonflement, qui persiste cependant au niveau du

bord inférieur du maxillaire inférieur. L'éruption a gagné du côté de la face postérieure du cou; on trouve quelques rares et très petites pustules sur le menton. Celles du front sont arrivées à suppuration et forment des croûtes jaune-clair.

25. M. T. 36°5. S. T. 37°2.

26. M. T. 37°. S. T.

28. S. T. 37°8. Un peu d'angine.

29. M. T. 37°4. S. 37°. Rougeur de la gorge. Léger pointillé à gauche.

Présenté au Conseil de santé. Deux mois de convalescence.

Observation III.

Erythème vésiculeux ou fausse miliaire.

B..., soldat au 6e de ligne, âgé de 22 ans.

7 juin. M. T. 37°.

8 juin. S. T. 37°5. P. 70.

9. M. T. 37°2. P. 66. Malade depuis deux jours, cet homme a d'abord eu de violentes céphalalgies avec léger mal de gorge, déterminant une certaine douleur à la déglutition. Il n'y a jamais eu de fièvre. C'est vers l'après-midi du 7 que l'éruption a commencé à paraître.

A l'entrée, on constate des papules roses très discrètes, disséminées sur toute la face antérieure du tronc et à la partie supérieure du dos, un peu plus confluentes à la base du cou.

Il en existe également un certain nombre sur la face antérieure de la cuisse. La face est considérablement tuméfiée; les paupières sont gonflées au point de ne pouvoir s'écarter. En même temps, la face est d'une rougeur uniforme assez intense; cette rougeur et ce gonflement s'arrêtent en arrière des oreilles (qui sont très rouges) et à la partie supérieure

du front. La face est, de plus, parsemée de petites vésicules de couleur jaune-verdâtre, saillantes sur la peau, à laquelle elles donnent un aspect chagriné et laissant échapper, lorsqu'on les ouvre, un liquide purulent; elles sont plus confluentes à la racine du nez. Pas de toux ni d'expectoration. L'examen de la gorge ne révèle rien d'anormal.

9 M. T. 37°2. P. 66. Ce matin, les petites pustules ont beaucoup augmenté de nombre; elles se confondent par endroits, laissant échapper leur contenu qui forme une croûte jaune sale. La tuméfaction générale a abandonné la partie supérieure du visage pour se porter principalement au bord inférieur du maxillaire inférieur droit. Les paupières peuvent s'entr'ouvrir.

9. S. T. 36°8.

10. M. T. 37°. P. 60. S. T. 36°9. P. 60.

11. M. T. 36°5. A présenter au Conseil de santé.

21 juin 1887. En congé de convalescence d'un mois.

Observation IV.

Erythème vésiculeux, fausse miliaire.

D..., matelot des batiments de la réserve, âgé de 21 ans.

7 avril. S. T. 37°6. P. 80. Malade depuis cinq jours, dirigé sur le service des rougeoleux, cet homme présente une éruption acnéiforme à peine vésiculeuse, intéressant la face seulement (nez, pommettes et pourtour des joues) et la partie dorsale des deux mains. Pas de trace d'éruption sur le corps. Pouls à 80, souple; céphalalgie, langue sale à son centre. Le malade accuse un peu de douleur à l'épigastre. L'examen des organes ne révèle qu'un peu d'obscurité de la respiration à la base du poumon gauche sans bruits anormaux, sans diminution de la sonorité à la percussion.

8. M. T. 38°1. P. 90. S. T. 37°1. Se plaint de céphalalgie. On ne constate aucun autre signe morbide. Langue sale.

9. M. T. 36°8. S. T. 37°7. État général satisfaisant. P. à 70. Malgré l'état saburral, l'appétit se réveille. L'éruption notée précédemment est stationnaire et couvre la partie inférieure du front, le nez et les pommettes, où elle est confluente. Quelques vésicules disséminées sur le menton et les joues et se montrant par plaques sur régions postéro-latérales du cou. Pas de trace d'éruption sur le corps, ni sur les membres.

L'éruption s'efface à peine sous la pression prolongée du doigt.

10. M. T. 37°1. S. T. 37°6. Les vésicules commencent à pâlir, sans perdre de leur élévation.

10. M. T. 37°. S. 37°6. Les vésicules ont sensiblement pâli et perdu de leur élévation.

11. M. T. 37°. S. T. 37°6.

14. M. 37°. Exeat le 26 avril.

En congé de convalescence.

SCARLATINE.

Au moment où la rougeole atteignait son apogée, quelques cas de scarlatine se montraient dans les troupes et nous faisaient craindre qu'une nouvelle épidémie ne vînt se greffer pour ainsi dire sur la rougeole.

La scarlatine est une affection rare à Rochefort, elle n'y apparaît qu'à l'état sporadique, et l'on peut dire par cas tout à fait isolés. Ainsi, pour les six années de 1881 à 1886, nous relevons dans la garnison 31 atteintes de scarlatine, sans un seul décès, pour un effectif moyen de 3,500 hommes de troupes de toutes armes, soit donc en moyenne 5 cas par année ou un peu plus de un malade pour 1,000 hommes. Enfin, dans cette même période de six années, nous ne relevons sur les les listes mortuaires de l'état civil que 3 décès par cette cause pour une population municipale de 25,000 habitants. On peut donc affirmer la rareté de la scarlatine à Rochefort.

Cette année, bien que nous ne puissions donner le nom d'épidémie au petit nombre de faits observés, le chiffre des cas de scarlatine est cependant assez élevé pour que la maladie mérite une mention spéciale, car la proportion des hommes atteints s'élève à 7,6 pour 1000 de l'effectif pendant le premier semestre.

Le premier cas a été observé dans des conditions tellement anormales, que nous croyons devoir résumer l'observation de ce premier malade avant de faire l'historique de cette épidémie de scarlatine, entée sur celle de la rougeole.

B..., âgé de 25 ans, sergent au 3me régiment d'infanterie de marine, entre le 4 avril pour rougeole. Malade depuis 3 jours, il arrive à l'hôpital au moment où apparaît l'éruption morbilleuse. Celle-ci est discrète, n'occupe que le tronc et les membres supérieurs, la température axillaire s'élève à 39°5, température qui fut le maximum observé.

Les phénomènes généraux sont peu accusés, nous notons : pharyngite légère, un peu de catarrhe oculo-nasal, pas d'injection des conjonctives.

Le 6 avril, l'éruption commence à pâlir, il y a des sueurs assez abondantes et la température est tombée à 37°8, le lendemain elle est à 36°6.

Le 8 avril, B... se plaint d'avoir eu quelques frissons la veille, vers 10 heures du soir. Il y a encore de la céphalalgie et un mouvement fébrile marqué au moment de la visite ; la température est notée 39°3 le matin, 39°6 le soir. Le pouls se maintient à 112 toute la journée, le malade se plaint en même temps de mal de gorge, l'examen ne fait cependant rien découvrir de particulier.

Le 9. La fièvre a disparu. T. S. 37°. P. 90.

Les jours suivants, la température s'abaisse jusqu'à 36°5, et l'état général est satisfaisant jusqu'au 20 avril. A cette date, notre malade est en pleine convalescence, il mange la demi-ration d'aliments.

Le 20. Vers 5 heures du soir, céphalalgie, un peu de mal de gorge, léger mouvement fébrile, température axillaire 37°7.

Le 21, au matin, on constate la même température 37°7, le pouls est à 90, le malade accuse les mêmes symptômes, mais on constate en même temps une éruption pointillée, d'un rouge uniforme assez vif sur la face et sur le tronc.

Sécheresse de la muqueuse nasale, quelques éternuements, rougeur intense du voile du palais.

Le soir, les phénomènes généraux se sont accusés davantage, les yeux sont injectés, le facies est très animé, la langue est blanche, la température s'est élevée à 39°5, le pouls est à 108.

Le 22. Moins de céphalalgie, mais l'inflammation du voile du palais s'est étendue à tout le pharynx qui a une teinte sombre. La voix est rauque, pas de toux ni d'expectoration. La coloration de la peau est la même.

Le soir, recrudescence du mouvement fébrile. T. 39°6. P. 120. L'éruption a augmenté en intensité et a envahi les membres supérieurs et inférieurs en totalité.

Les 23 et 24. État à peu près stationnaire. On note pendant ces deux jours:

Le 23. T. m. 38°. T. s. 39°6.

Le 24. T. m. 38°. T. s. 39°.

Dans l'après-midi du 24, des sueurs abondantes se montrent au visage seulement. La peau du tronc et des membres conserve toujours sa sécheresse et sa coloration rouge vif. Puis des sudamina apparaissent dans la soirée à la face antérieure des avant-bras et à la partie supérieure des cuisses.

Le 25. L'exanthème commence à pâlir sur le tronc qui se couvre rapidement de sudamina transparents, volumineux. Le malade se plaint de nausées, il y a de la constipation depuis 3 jours, la température du soir est tombée à 38°4.

Le 26. On constate déjà un peu de desquamation autour du cou; de nouveaux sudamina se montrent sur l'abdomen et à la partie interne des cuisses, la température du soir s'abaisse à 37°9.

Le 27. T. m. 37°4. S. T. 36°9.

Le 28. La rougeur a presque disparu et la desquamation est générale, abondante surtout au cou, aux aisselles, et se

fait par larges lamelles ayant pour point de départ les sudamina.

Bien que nous eussions peu de doute sur la nature de l'affection, l'enquête la plus minutieuse ne put nous faire découvrir l'origine réelle, patente, d'une contamination. Le malade, isolé avec les autres rougeoleux dans un bâtiment spécial, n'avait aucune communication avec l'extérieur.

Faut-il admettre une incubation de 14 jours, pendant laquelle la rougeole aurait évolué d'abord, et l'accès fébrile du 8 avril n'était-il que le premier prodrome de l'affection scarlatineuse? Cette hypothèse nous paraît à peine admissible.

Une autre origine nous paraît plus plausible, plus rationnelle, pour justifier une contamination. Le 13 avril, un soldat d'infanterie de marine était envoyé aux rougeoleux avec le diagnostic « angine intense, fièvre éruptive? » Cet homme n'eut qu'une angine pultacée de moyenne gravité sans trace d'éruption. La réaction fébrile fut modérée. Il ne présenta pas de trace de desquamation et sortit guéri au bout de 21 jours.

Mais comme, d'une part, quelques hommes furent plus tard observés dans des conditions identiques avec des angines de même nature, et seulement alors que sévissait la scarlatine; et comme, d'autre part, ce nouveau malade fut couché au voisinage de B..., il nous paraît assez rationnel d'admettre la nature spécifique de l'angine et la contamination par proximité des deux malades. Ajoutons, toutefois, que, malgré la communauté des rougeoleux et des scarlatineux dans les mêmes salles, nous n'avons observé que deux cas de contagion intérieure sur les 235 malades (rougeole et scarlatine) envoyés dans notre service.

Le deuxième cas de scarlatine secondaire a été observé au

commencement de juillet, à la fin de l'épidémie, et clôt la série de nos maladas dans les deux catégories.

Le sergent B... était déjà en convalescence, lorsque le 27 avril entrait G..., matelot distributeur de vivres, atteint d'une scarlatine intense. Malade depuis 4 jours, cet homme, malgré la fièvre et une forte angine, avait fait son service jusqu'au moment où il fut envoyé à l'hôpital. Il nous arrivait en pleine éruption avec une température élevée de 40°1.

Les journées du 28 et 29 avril se passèrent sans qu'il n'y eut rien à noter, que la marche régulière de l'affection, l'apparition d'un semi de vésicules miliaires discret sur le tronc, confluent sur les membres supérieurs, et des sueurs abondantes survenues dans l'après-midi du 29 avril. A la contre-visite de ce jour, l'état n'avait rien présenté de particulier, la température vespérale 39°6 était même inférieure à celle de la veille 40°3, lorsque subitement, vers 9 heures du soir, cet homme fut pris d'une crise convulsive dont la durée n'a pas dépassé 15 minutes. Il se plaignit de chaleur excessive et succomba à un véritable tétanos, avec une hyperthermie considérable (43°) quelques instants après la mort.

Pendant les mois de mai et de juin, chaque corps nous a envoyé quelques scarlatineux; le dernier cas fut fourni par les batteries d'artillerie le 29 juin et à cette date nous pouvions considérer l'épidémie de scarlatine comme éteinte après avoir duré deux mois. En effet, depuis cette époque, nous avons reçu deux malades seulement, un matelot de la Division le 23 juillet, et un soldat d'infanterie de marine. Ce dernier dirigé du détachement de Saintes sur Rochefort, fut dès son arrivée envoyé à l'hôpital pour angine, mais il était malade lors de son départ de Saintes et désigné pour la Cochinchine, il avait voulu suivre sa destination. Entré à l'hôpital le 15 juillet, il y succombait le 17 à des troubles nerveux survenus pendant la période d'éruption.

En acceptant à notre actif ce dernier cas, et en y joignant 4 malades qui, envoyés comme suspects par les médecins des corps de troupe, ont été traités dans notre service spécial pour angines pultacées graves, lesquelles ont été observées seulement à l'époque où sévissait la scarlatine et nous paraissaient devoir être considérées comme spécifiques et classées avec cette affection, nous comptons 29 malades.

Sur ce nombre de 29 malades, deux doivent être considérés comme ayant contracté leur affection à l'hôpital dans des conditions qu'il nous est difficile d'établir.

1° R..., 22 ans, soldat d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 22 avril pour embarras gastrique fébrile et est dirigé sur une salle ordinaire de fiévreux, d'où il est évacué le 15 mai pour scarlatine.

2° L..., 22 ans, soldat au 6me de ligne, entré le 11 mai pour bronchite chronique, est évacué de sa salle le 30 mai pour scarlatine et dirigé sur le service spécial.

Ces deux malades étaient soignés dans la même salle.

Dans ces conditions, il nous paraît logique d'admettre soit une infection de la salle, soit une contamination par les relations avec l'extérieur, car sans cela, dans le premier cas, il nous faudrait supposer une incubation de 23 jours, et de 20 jours dans le second, ce qui nous paraît difficilement admissible.

La scarlatine s'est présentée avec des aspects si variés, qu'il nous faudrait reproduire la plupart des feuilles de clinique pour ne donner en somme qu'une idée imparfaite de la maladiet elle qu'elle s'est, dans ces quelques cas, offerte à notre observation. Aussi, nous bornerons-nous à présenter, presque sous forme de tableaux, les symptômes principaux notés chez nos malades, sans exclure les 4 hommes qui, atteints d'angine grave accompagnée de troubles généraux intenses, doivent selon nous compter parmi les malades de

cette catégorie, bien que l'éruption caractéristique ait fait défaut.

Ages. — Nos malades sont tous des adultes et peuvent être, au point de vue de l'âge, classés comme il suit:

de 19 à 20 ans	accomplis	7
de 21 à 25	—	21
de 32 ans	—	1

Invasion. — La plupart des auteurs s'accordent pour déclarer que l'invasion de la scarlatine est courte, «plus courte que dans toute autre fièvre éruptive,» dit Sanné. Nous avons donc interrogé nos malades avec soin à ce point de vue, demandant la plus grande précision possible dans les réponses, Nous avons pu obtenir des renseignements assez exacts, que nous résumons ainsi:

Invasion nulle ou inférieure à 12 heures.....	3
Invasion de moins de 24 heures.....	4
Invasion de 24 à 48 heures.....	2
— de 2 jours pleins au moins.....	5
— de 3 jours.....	3
— de 4 jours.....	4

Vingt-un malades ont donc pu nous donner des renseignements assez nets sur le moment précis où, soit le frisson, soit l'angine ou quelque autre phénomène morbide a attiré leur attention, et nous avons éliminé deux hommes qui déclaraient souffrir de la gorge depuis huit jours environ.

De ces chiffres, nous pouvons conclure que chez nos malades la durée moyenne de la période d'invasion a été de 2 jours et 4 heures.

Les symptômes morbides de cette période ont été en général de moyenne intensité et quelques-uns parmi les plus

fréquents ont fait presque défaut dans un certain nombre de cas. Ainsi, en dehors du frisson initial, ou mieux de ces bouffées de chaleur et de froid qui marquent le commencement de l'invasion, nous trouvons de la céphalalgie ou de la pesanteur de tête notée 8 fois seulement, il y a des douleurs lombaires vives, une prostration extrême est mentionnée deux fois dans des cas graves avec angine intense. Les nausées si fréquentes du début ont fait défaut; elles ne sont indiquées qu'une seule fois. Aucun malade n'a accusé de vomissements avant l'entrée et n'en a eu pendant les périodes d'invasion et d'éruption.

L'injection des conjonctives toujours modérée a été notée 11 fois, accompagnée 1 fois seulement de larmoiement.

L'anorexie a été presque constante avec langue sale, soif ordinairement peu vive, la polydipsie n'a été en effet observée que 2 fois. Nous avons encore observé du coryza 3 fois, des épistaxis 3 fois, de la diarrhée 2 fois.

L'angine scarlatineuse, caractéristique pour ainsi dire de la maladie, a fait défaut une seule fois. Modérée dans la moitié des cas (11 fois), elle a été d'une extrême gravité dans quelques autres. Nous pouvons diviser ainsi les 12 cas dans lesquels l'inflammation pharyngiene a été réellement violente:

A. Dans 3 cas, nous avons constaté une angine simple avec rougeur intense du pharynx et tuméfaction des amygdales. Il y avait une gêne notable de la déglutition. Dans un de ces cas, il y a eu des crachats sanglants venus de l'arrière-cavité des fosses nasales et dus manifestement à l'hypérémie de la muqueuse.

B. Dans cette seconde classe, nous avons des angines avec exsudats pultacés plus ou moins abondants, ayant envahi les amygdales, les piliers antérieurs ou le pharynx. Nous avons retrouvé 7 fois ce même état.

C. Enfin, dans 2 cas, de véritables fausses membranes ont recouvert les amygdales et les piliers postérieurs.

L'engorgement des ganglions péri-maxillaires qui accompagne si fréquemment l'angine scarlatineuse n'a été noté que 4 fois, c'est-à-dire dans le tiers seulement des cas graves.

Éruption. — Chez presque tous nos malades, c'est par le tronc que l'éruption a débuté; mais capricieuse dans son évolution, nous l'avons tout d'abord observée sur les cuisses deux fois. Dans un autre cas, elle s'est limitée au cou, y figurant exactement une large cravate d'un rouge vif, puis s'est montrée discrète sur les cuisses au moment où l'épiderme de la région cervicale commençait à se détacher.

Envisagée au point de vue de son étendue et de son intensité, l'éruption peut être divisée ainsi :

Éruption générale, coloration intense ayant envahi toute la surface cutanée 4

Éruption générale intense, mais ayant respecté le visage. 11

Éruption générale de teinte modérée, face indemne. 7

Éruption limitée incomplète, discrète. 2

Éruption en larges plaques séparées par des espaces de peau normale 1

La durée de cette éruption a été notée dans les 22 cas où l'éruption étant généralisée, il était facile de suivre les variations successives des teintes de la peau. Nous avons pu établir ainsi le tableau suivant :

Durée de l'éruption	2 jours.	2 cas.
—	3 —	5 —
—	4 —	9 —
—	5 —	5 —
—	6 —	1 —

De ce tableau, il résulte que la durée moyenne de cette

période a été de près de cinq jours, temps calculé depuis le moment où la teinte de la peau permettait d'établir nettement le caractère de la maladie jusqu'à celui où la déclaration était franchement marquée.

Pouls et température. — Chez le plus grand nombre des malades, le pouls et la température sont restés en concordance ; parfois les oscillations thermiques ont été d'une régularité remarquable, typique pourrait-on dire. Cependant nous devons mentionner quelques anomalies; dans un cas, c'est une chute brusque de la température à la normale et du pouls à 64-60, malgré la persistance de l'éruption. Chez ce malade atteint de délire au moment où s'observaient ces phénomènes, il y avait en même temps anurie momentanée par défaut de sécrétion rénale, et le malade était soumis à l'usage du valérianate de quinine. La guérison a été obtenue.

Dans un deuxième cas, après une chûte régulière et simultanée de la température et du pouls, nous avons vu celui-ci s'accélérer, se relever de 70 à 92 pulsations et osciller entre 80 et 90, alors que la courbe thermique continuait régulièrement sa marche descendante.

Si nos malades nous arrivaient en général à une période trop avancée pour que nous ayons pu suivre la marche de la température et en tracer la courbe complète, il nous a toujours été possible cependant de connaître les plus hauts chiffres fournis par celle-ci et de constater l'exactitude de la loi générale formulée par la scarlatine: «maintien prolongé du fastigium, sans flexions bien marquées dans les régions élevées, et descente lente, graduelle, avec dépression matinale.»

En ne tenant pas compte de la relation souvent inexacte entre l'intensité de l'éruption et les chiffres les plus élevés

de la thermalité, nous avons trouvé, pour 23 cas terminés par la guérison, que les maxima thermiques ont oscillé entre 39 et 41 degrés, sans dépasser ce chiffre qui a été cependant atteint deux fois; c'est ainsi que nous avons noté:

Température maxima	39°	à 39°5.	5 cas.
	39°6	à 40°.	9 —
	40°1	à 40°5.	6 —
	40°6	à 41°.	3 —

Ce qui permet de dire que, d'une manière générale, la température a oscillé autour de 40° dans les deux tiers des cas.

Ajoutons que, fréquemment, la température s'est abaissée au-dessous de la normale pendant la desquamation et la convalescence; dans plusieurs cas, nous avons trouvé 36°6, 36°5 et dans un cas 36°3, comme minimum thermique.

Le pouls, nous l'avons dit plus haut, a été presque toujours en concordance avec la température. Noté dans 16 cas réguliers sans accidents concomitants pouvant troubler la circulation, nous avons pu établir, comme moyenne, le nombre de 120 pulsations pour la période d'état de la maladie.

Les chiffres à l'aide desquels nous avons établi cette moyenne peuvent être décomposés comme il suit:

Pouls oscillant	de 90	à 100	pulsations dans	1 cas.
—	de 100	à 110	—	4 —
—	de 110	à 120	—	5 —
—	de 120	à 130	—	3 —
—	de 130	à 140	—	2 —
—	—	à 140	—	5 —

Pendant la convalescence, le pouls est tombé plusieurs fois au-dessous de la normale, dans un cas il est tombé à 56 pulsations, dans deux cas à 48 pulsations, pour s'élever

lentement et se maintenir pendant plusieurs jours à 64-60, chiffre fréquemment observé pendant la desquamation.

L'albumine n'a été recherchée que dans 16 cas, et n'a été constatée que dans 7, savoir : 3 fois pendant l'éruption, 4 fois pendant la convalescence. Sur les trois malades qui ont eu de l'albumine dans les urines pendant la période d'éruption, deux ont présenté des accidents nerveux graves. Chez les quatre qui ont été atteints d'albuminurie pendant la convalescence, un seul a présenté de l'œdème des membres inférieurs. Chez tous, l'albuminurie a été passagère, sa durée maxima a été de 6 jours.

La quantité d'albumine a été ordinairement inférieure à 2 grammes pour 1000 d'urine, et n'a atteint ce chiffre de 2 grammes qu'une fois. L'urée a varié entre 22 et 28 grammes pour 1000 grammes d'urine, elle a été abaissée exceptionnellement à 9 grammes chez le malade précédemment cité comme atteint de délire avec anurie. Des éléments figurés, cellules épithéliales, n'ont été rencontrés qu'une seule fois dans l'urine.

Parmi les autres phénomènes constatés vers la fin de la période d'éruption, nous devons signaler des sueurs abondantes et nullement provoquées, qui ont été observées trois fois et ont marqué le début de la défervescence.

Desquamation. — La desquamation a été longue de 25 à 35 jours, abondante et générale chez la moitié de nos malades, parfois sans rapport exact avec l'intensité de l'éruption; comme telle, nous l'avons notée 10 fois. Elle a été 7 fois générale ou limitée à certaines régions, telles que le cou, les aisselles, le pli des aines et surtout aux mains et aux pieds, mais d'une durée limitée de 15 à 20 jours.

Enfin, dans d'autres cas, elle a pu être considérée comme à peu près nulle, presque furfuracée, excepté aux pieds et aux mains, où l'épiderme s'est détaché par lambeaux, alors

que l'éruption avait été nettement accusée et assez intense.

Quelques affections morbides sont venues troubler ou enrayer la convalescence ; nous devons noter spécialement l'apparition d'une rougeole secondaire complète au 34^{me} jour de la scarlatine au moment où le malade déjà proposé pour un congé de convalescence, allait quitter l'hôpital.

Le retour d'accès de fièvre intermittente s'est montré au commencement de la défervescence, puis ces accès ont apparu de nouveau, malgré la quinine pendant la convalescence.

Enfin, chez deux malades, des douleurs rhumatismales et des névralgies erratiques ont nécessité une intervention active.

La durée moyenne de la maladie chez les 25 malades qui ont présenté une scarlatine complète terminée par la guérison a été de 38 jours.

Observation I.

Scarlatine suivie de rougeole.

R..., âgé de 22 ans, soldat d'infanterie de marine.

15 mai. T. m. 38°6. S. 39°6.

16. T. m. 38°2. S. 39°6. Pointillé rouge au tronc, aux poignets, à la partie inférieure des pommettes, rien à la gorge, langue blanche fortement saburrale. Soir, éruption plus généralisée, apparition d'un pointillé rouge vif sur la teinte plus pâle de la peau. Coloration du voile du palais et du pharynx.

17. T. m. 39°1. S. 39°8. Même état général, même coloration de la peau. Angine, rougeur et sécheresse de la gorge sans ulcération.

18. T. m. 37°8. S. 39°. Sueurs abondantes pendant la nuit

moiteur au moment de la visite, l'éruption se décolore par place sur la poitrine et sur les avant-bras, où elle est, du reste, peu marquée; apparition d'une miliaire très fine, discrète sur l'abdomen, plus accusée autour de l'ombilic et aux plis des aines. La langue est chargée d'un enduit saburral épais, blanc-jaunâtre, sans rougeur du limbe, pointillé rouge du voile qui est tendu et luisant comme glacé, pas de rougeur sur le reste des muqueuses buccale et pharyngienne. Épistaxis légère ce soir, à 3 heures.

19. T. m. 38°. S. 39°1. Même état de coloration de la peau. Augmentation de la miliaire sur l'abdomen. Moins de rougeur au pharynx. Pas de douleur.

Soir, frissons dans la matinée vers 11 heures, suivis de chaleur. Sueurs au moment de la visite. Le malade dit avoir éprouvé des frissons moins intenses vers la même heure. A eu la fièvre intermittente l'été dernier à Rochefort, a passé 8 jours à l'infirmerie régimentaire pour cette pyrexie qui a été coupée par le sulfate de quinine.

20. T. m. 38°1. S. 38°. Moiteur de la peau qui se décolore d'une manière sensible. Desquamation commençante aux plis des aines et sur les flancs.

21. T. m. 37°7. S. 38°.

22. T. m. 37°1. S. 37°4. Épistaxis répétée hier soir et cette nuit. La peau a presque repris sa couleur normale avec une teinte subictérique sur l'abdomen, qui est le siège d'une desquamation furfuracée très légère.

23. T. m. 37°. S. 37°2.

24. T. m. 36°3. S. 36°4.

25. T. m. 36°6. S. 36°6. La desquamation continue sur la poitrine et sur l'abdomen, surtout dans la région des mamelonnaires, dans le creux des aisselles et aux oreilles.

29. La desquamation continue toujours aussi abondante.

5 juin. T. s. 39°4. P. 90. plein. Le malade se plaint d'un

peu de douleur à l'angle de la mâchoire, du côté gauche. Un peu de tuméfaction de la partie, sans changement de coloration à la peau. Pas de gêne dans les mouvements du maxillaire.

Soir. Vers 11 heures du matin, le malade a été pris de frissons, en même temps qu'apparaissaient sur la poitrine et le visage, les papules caractéristiques de la rougeole. Au moment de la contre-visite, l'éruption est bien marquée, ayant envahi tout le visage, toute la partie postérieure du tronc, la poitrine. Quelques taches de rougeole se montrent sur les bras, surtout du côté de l'extension. Très légère injection des conjonctives. Les yeux sont un peu larmoyants, les narines sèches. La langue est nette, légère teinte rosée du voile du palais.

6 juin. T. m. 38°2. P 86, plein, presque dur.

T. s. 37°7. Eruption bien accusée de rougeole, confluente au visage, généralisée sur le tronc et les bras, plus discrète sur l'abdomen et les cuisses.

Le malade porte encore des plaques d'épiderme en voie de desquamation sur les hanches et sur les mains. Même état de la région parotidienne.

7 juin. T. m. 37°. P. 56. S. 37°5. L'éruption a pâli sur le visage, se maintient sur le tronc. La douleur parotidienne a disparu.

8 juin. T. m. 36°8. S. 36°8. Consistance de l'éruption rubéolique qui s'efface lentement en conservant sa teinte rouge.

9 juin. T. m. 36°5. S. 37°2.

10. T. m. 36°7. S. 36°4.

11. T. s. 40°5. P. 130. Accès de fièvre ayant débuté, vers 11 heures du matin, par des frissons qui ont duré environ 1 heure. Deuxième stade très court. Au moment de la visite, sueurs abondantes. Fin de l'accès à 8 heures du soir.

12 juin. T. m. 37°.

20. A présenter au Conseil de santé.

21. T. s. 40°4. Accès de fièvre à 5 heures du soir; 1er et 2e stades très courts. Sueurs abondantes pendant une partie de la nuit.

22 juin. T. m. 38°3.

23. Pas de fièvre.

24 juin. T. s. 38°. Pouls accéléré, un peu plein, 80. Urines foncées contenant une quantité considérable de mucus et de l'albumine.

25 juin. T. m. 36°2. S. 36°7.

27. Analyse des urines :

D. 1027.
R. acide.
Albumine traces.
Glucose 0.
Urée 22 gr.
Cellules épithéliales.

5 juillet. Congé de convalescence de deux mois.

Observation II.

Scarlatine avec délire et angine ulcéro-membraneuse grave.

C..., matelot de 3me classe, âgé de 21 ans.

8 mai. T. S. 38°5.

9. T. M. 38°4. S. 40. Note du billet d'entrée: courbature, fièvre, angine (Envoyé à l'hôpital comme suspect).

Malade depuis 4 ou 5 jours, cet homme se plaignait de fièvre. Le malade ne se plaint que de sécheresse à la gorge sans dysphagie et de céphalalgie. Toux légère. Expectoration muqueuse. Pas d'éruption. Léger piqueté du voile du palais.

10 mai. T. M. 37°4. S. 36°6. Visage un peu animé sans traces nettes d'éruption rubéolique.

11. M. T. 36°4. S. 36°5.

12. M. T. 36°3. S. 36°3.

13. M. T. 39°. S. T. 40°4. Cet homme a été pris très subitement d'une fièvre intense. Mal de gorge. Pharynx un peu rouge.

Soir. Rougeur uniforme très pâle de la peau sur le tronc; sur les membres pas d'injection oculaire. Un peu de rougeur du voile du palais et du pharynx.

14. M. T. 38°. La rougeur du voile du palais a augmenté. Le pharynx est d'un rouge foncé. La coloration de la peau a diminué. Un peu de gêne de la déglutition. Soif vive. Pas de toux. Pas d'expectoration. Pas de coryza, ni d'injection des conjonctives.

14. S. T. 40°6. Angine inflammatoire très modérée, facies coloré. Fine injection des conjonctives. Apparition d'une éruption finement ponctuée sur la partie supérieure de la poitrine, très discrète sur les membres dans le sens de la flexion.

15. M. T. 39°9. S. T. 39°1. L'inflammation des amygdales a gagné le fond du pharynx, qui est recouvert d'un exsudat pultacé gris-jaunâtre. Langue très sale.

16. M. T. 39°1. P. 108. Éruption miliaire sur la face dorsale des mains et sur les poignets, rougeur, éruption scarlatiniforme foncée sur les membres inférieurs dans le sens de l'extension plus accusée au niveau des genoux et des cous de pied. L'angine a augmenté, les exsudats couvrent les amygdales, les piliers postérieurs et tout le fond du pharynx; coloration rouge intense de toute la muqueuse buccale et de la langue qui est sèche et dépouillée de son épithélium. La déglutition est excessivement difficile et douloureuse. Le pouls est sou-

ple, la peau sans chaleur exagérée. La respiration est normale.

16. S. T. 40°5. P. 120. Même état local que ce matin. La déglutition est toujours difficile et douloureuse; la parole est un peu voilée. Pas de gêne respiratoire, pas d'expectoration. La coloration cutanée est presque effacée; les vésicules seules contenant une petite globule de pus restent en saillie.

17. M. T. 39°. P. 100. La déglutition devient de plus en plus difficile.

S. T. 39°5. Les ulcérations et les exsudats pultacés gagnent la partie antérieure des piliers et s'étendent vers les joues. La respiration se fait facilement; les envies de vomir sont fréquentes.

18. M. T. 38°6. P. 92. S. T. 38°2. Amélioration dans l'état local, tendance de la langue à s'humidifier, expextoration moins purulente, sans odeur.

19. M. T. 37°7. P. 70. Agitation; tendance du malade à sortir de son lit. Expectoration purulente abondante, sans odeur spéciale; déglutition un peu plus facile. Les parties des pharynx accessibles à la vue commencent à se déterger; les ulcérations ont gagné la partie supérieure du voile et l'arrière-cavité des fosses nasales, écoulement par les narines, sortie d'une certaine quantité de mucosités épaisses contenant des débris pultacés. La langue reste un peu sèche.

19 S. T. 37°3. P. 80.

20. M. 37°9. P. 92. Délire intermittent, agitation, hallucination, le malade tend toujours à sortir de son lit. Aucun bruit anormal à l'auscultation de la poitrine, ventre un peu rétracté, une selle diarrhéique dans la nuit, amélioration marquée de la gorge, langue légèrement humide.

20. S. T. 38°3. P. 80. Pas d'amélioration dans les symptômes signalés ce matin. Hallucination, un peu plus de stu-

peur. La langue est plus sèche, l'état de la gorge est plus satisfaisant. Pas de gargouillement iléo-cœcal, pas de taches rosées, ventre souple, non douloureux à la pression. Plus de traces de l'éruption. Les urines laissent, par leur refroidissement un dépôt abondant d'acide urique et d'urates.

21. M. T. 37°7. P. 80. Etat légèrement amélioré. L'alimentation est plus facile.

S. T. 37°. Sommeil profond depuis 6 heures du matin. Plusieurs selles fétides par les purgatifs. Plus de délire. Pas de trouble du tube digestif.

22 mai. M. T. 37°2. S. T. 36°8. Amélioration notable dans l'état de la gorge. Les exsudats ont sensiblement diminué d'épaisseur. La déglutition se fait assez facilement.

23 M. T. 37°. S. T. 38°.

24. M. T. 36°8. S. 36°7.

Analyse de l'urine:

Densité 1026.
Réaction acide.
Urée 28 gr.
Glucose 0 gr.
Albumine 0 gr.

Dépôt contenant des urates en très petite quantité et du mucus.

25. M. T. 36°5. S. T. 36°5. S. T. 36°8. Exsudat persistant sur la luette et les piliers. Langue nettoyée un peu rouge.

Présenté devant le Conseil de santé le 24 mai.

4 juin. En congé de convalescence de 2 mois.

CONCLUSIONS.

Les premiers cas de l'épidémie de fièvres éruptives de Rochefort, en 1887, ont été sporadiques, la maladie s'est ensuite propagée par contagiosité, et elle s'est terminée au commencement de l'été, lors de l'apparition des premières chaleurs.

Les nombreux cas de rougeole observés ont beaucoup variés dans l'apparition, la marche, la fréquence et l'intensité des symptômes; saufs le catarrhe oculo-nasal et l'éruption, les autres caractères de la maladie ont varié à l'infini.

Au point de vue de la léthalité, l'épidémie de Rochefort a été assez meurtrière; nous relevons le chiffre de 5,82 p. 100, chiffre bien élevé pour une maladie en somme assez bénigne et observée seulement sur des jeunes gens de 18 à 30 ans.

Quant à l'érythème vésiculeux et à la scarlatine, nous voyons les symptômes curieux de la première maladie et la grande variabilité de la seconde, qui en même temps a été meurtrière, puisqu'il y a eu 4 décès sur 29 malades.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 février 1888.
P. le Recteur de l'Académie,
l'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 février 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Art. Rougeole et scarlatine. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre.

Art. Rougeole et scarlatine. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques de Jaccoud.

Art. Rougeole. — Compendium de médecine pratique (Monneret et Fleury).

Le Bariller. — Epidémie de rougeole à l'hospice des enfants de Bordeaux 1856.

Bergeron. — Paralysie consécutive à la rougeole, Gazette des hôpitaux 1868.

Larivière. — Paralysie à la suite de la rougeole, Gazette des hôpitaux 1869.

Blache. — Rougeole et scarlatine simultanées, Gazette des hôpitaux 1870.

Cordier. — Catarrhe de l'oreille moyenne dans la rougeole, thèse de Paris 1875.

Janin. — Relation d'une épidémie de rougeole chez les adultes, observée en 1862 à l'hôpital militaire d'Angers, thèse de Paris 1863.

Michel Levy. — Mémoire sur la rougeole des adultes, Gazette des hôpitaux 1847.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !